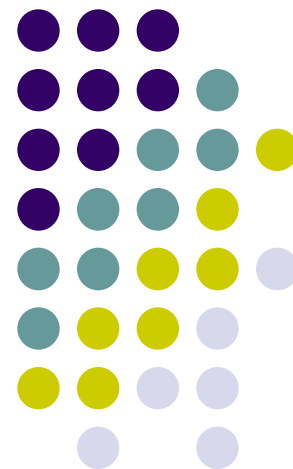
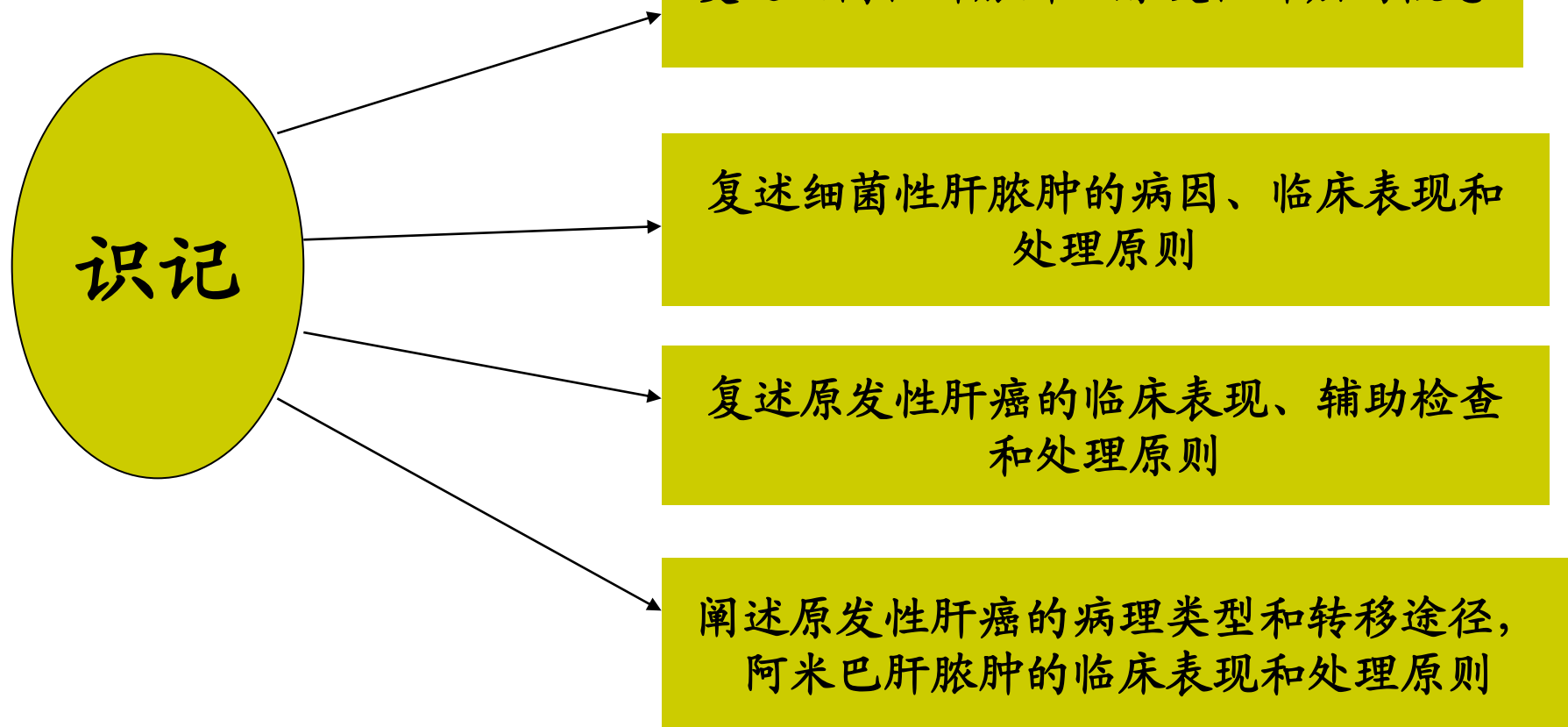


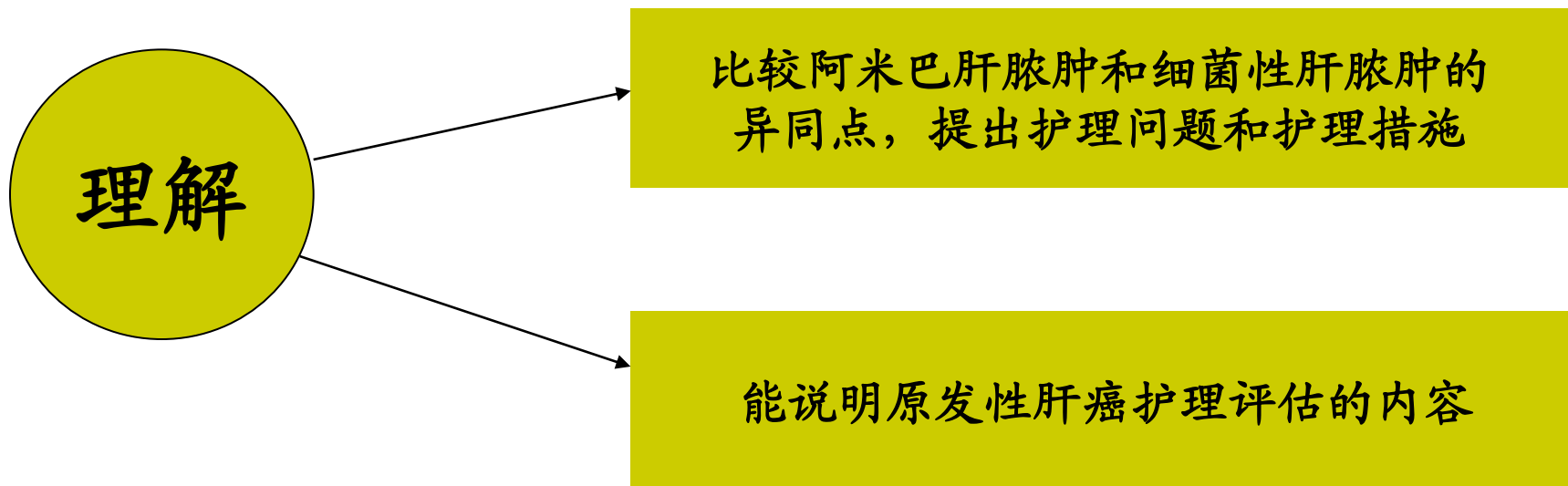
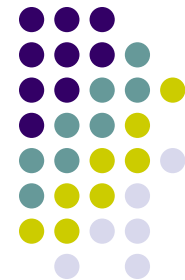
肝疾病病人的护理



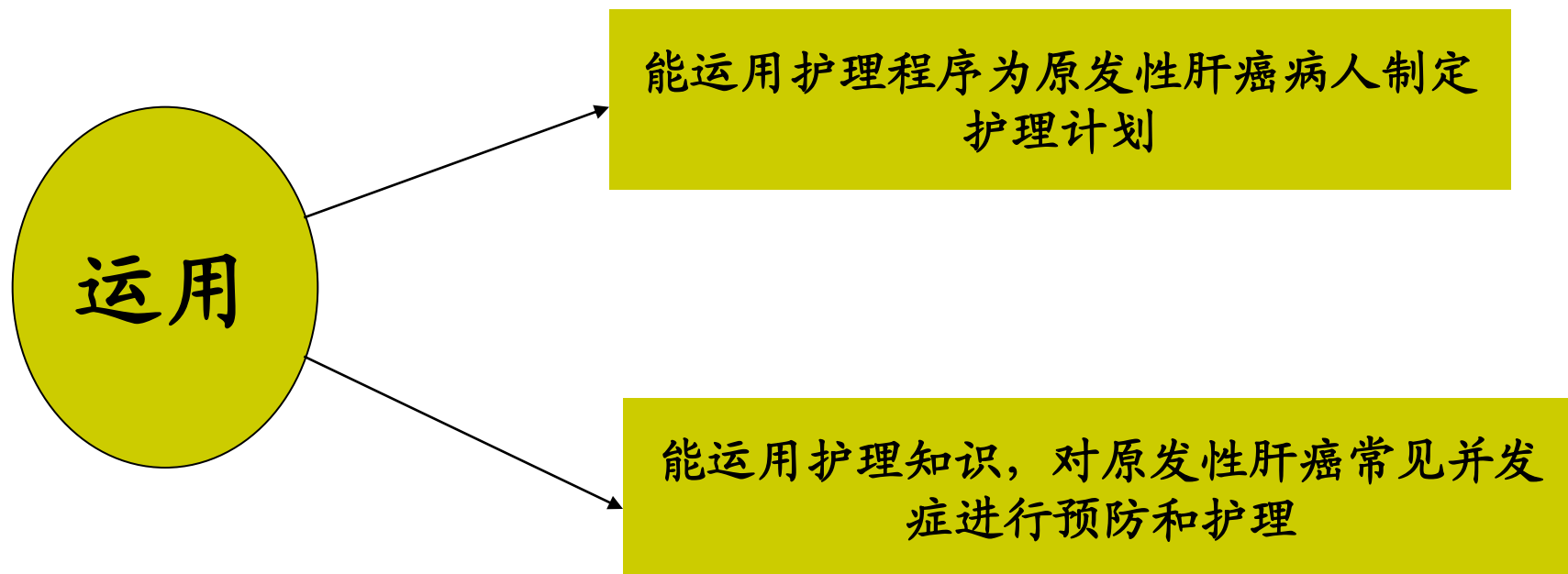
学习目标



学习目标



学习目标



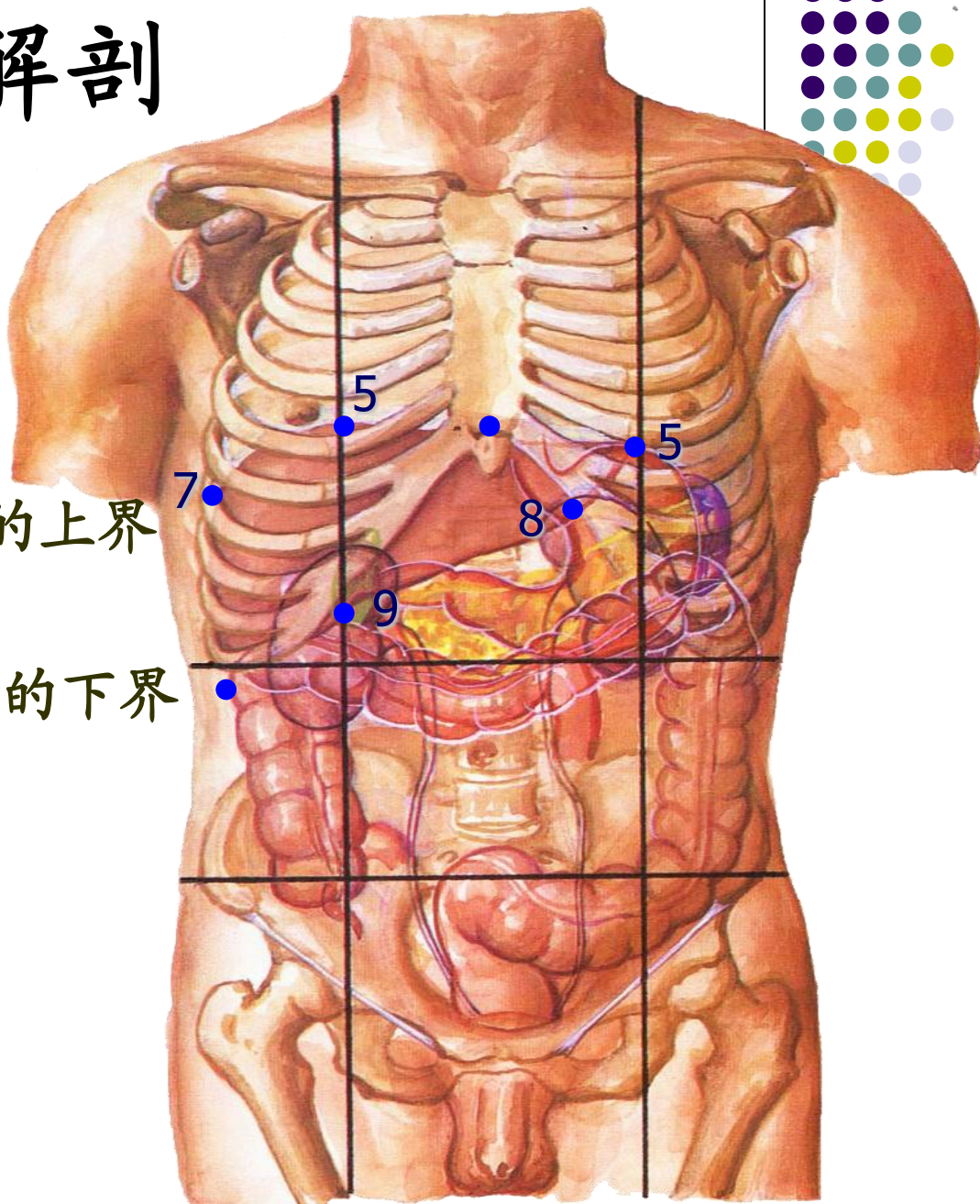
肝脏的解剖

一、肝的位置

肝大部分位于**右季肋区和腹上区**，小部分位于**左季肋区**。

肝的上界

肝的下界



肝的毗邻

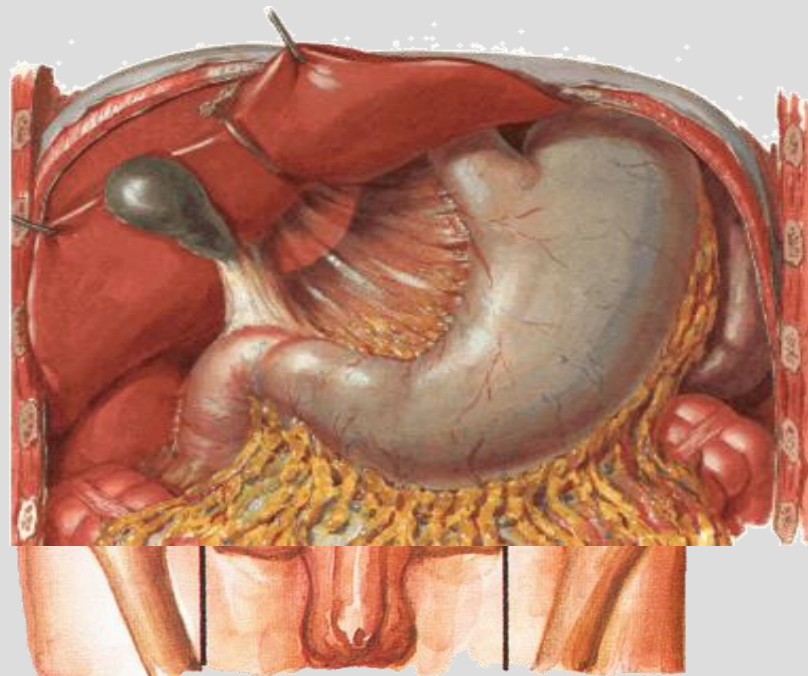
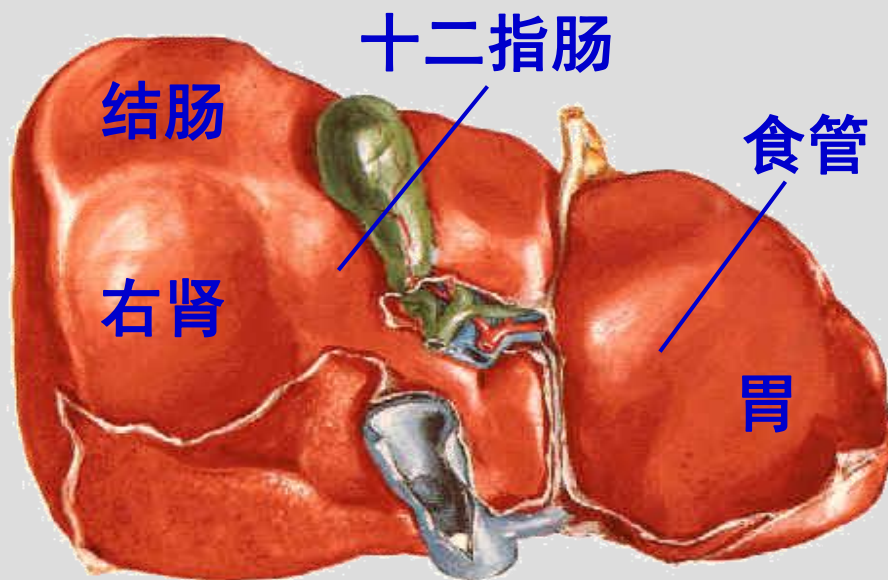
上面 膈、腹前壁

右叶下面

- 前为结肠右曲
- 中为十二指肠上曲
- 后为右肾和右肾上腺

左叶下面：胃前壁

后上方：食管腹部



二、肝的形态

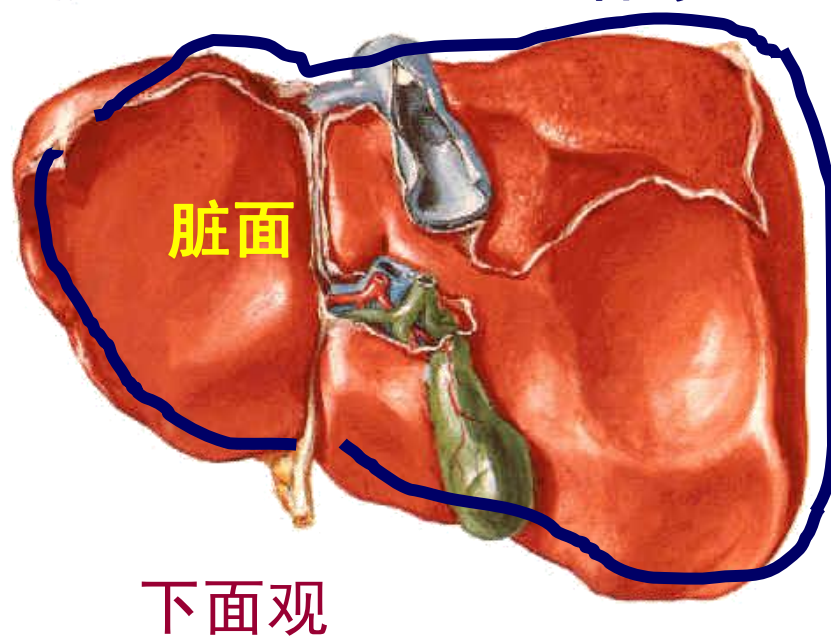
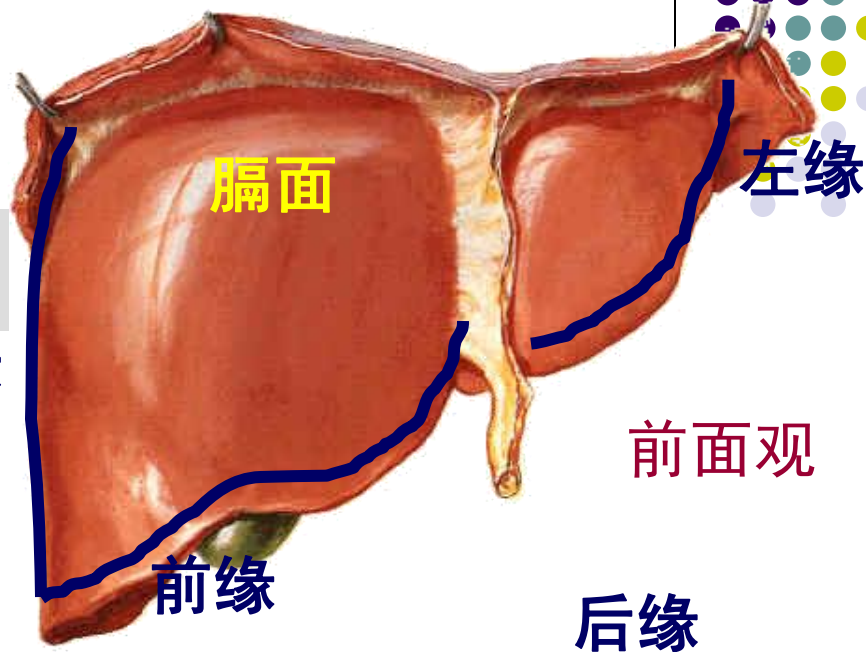
呈楔形，有2面4缘分5叶

右缘

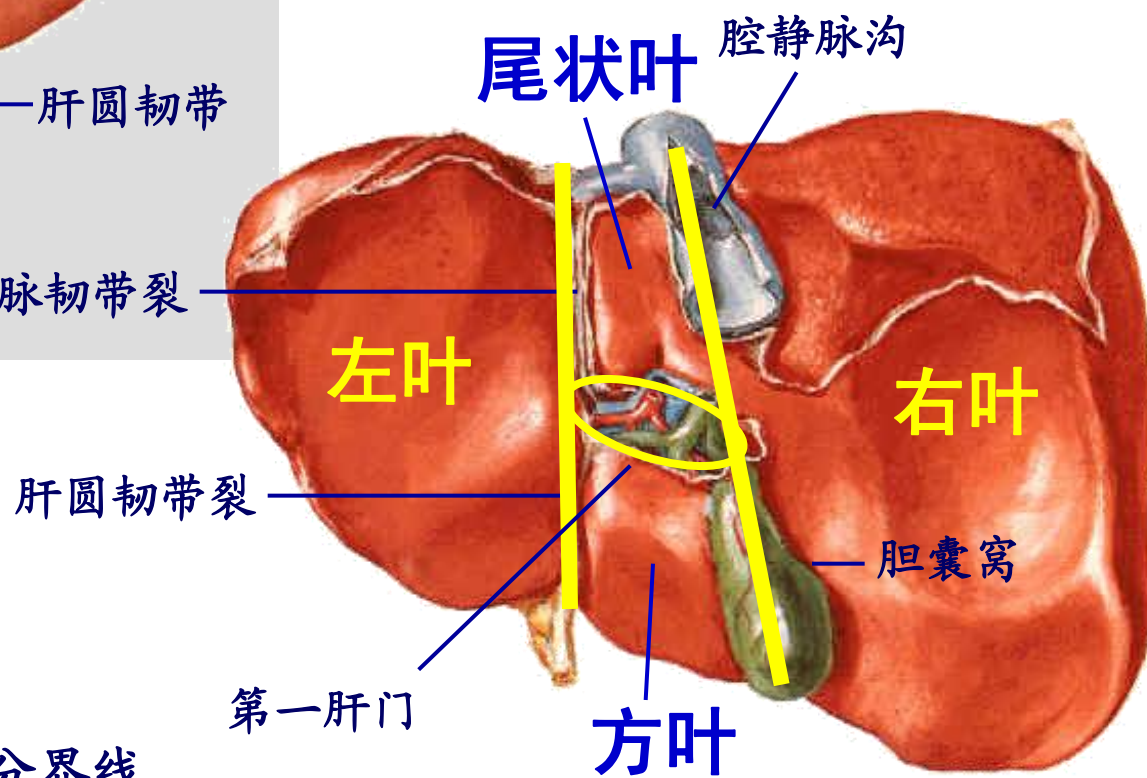
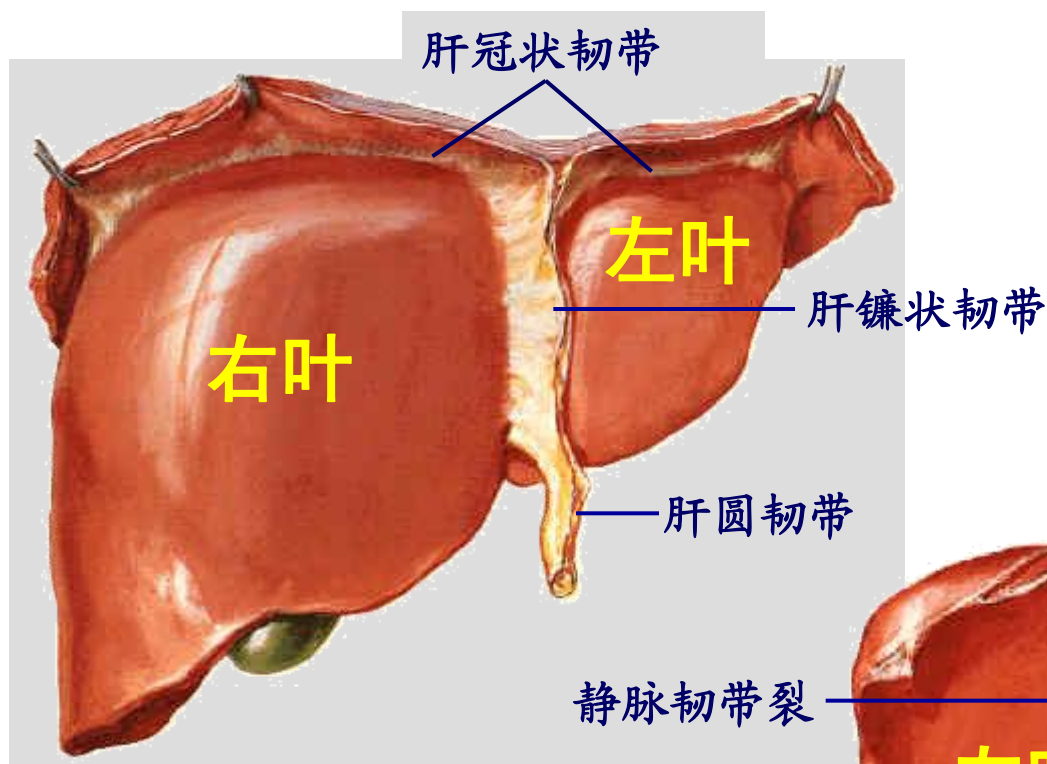
上面—膈面

下面—脏面

前缘、后缘、左缘、后缘



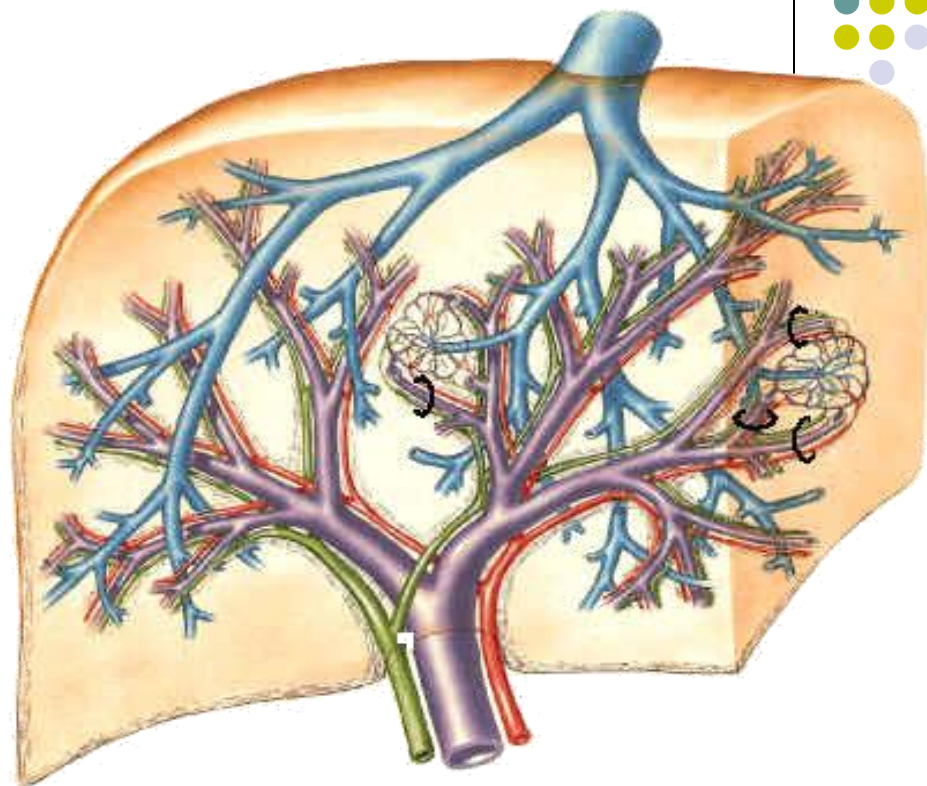
肝分5叶：左外叶、左内叶、右前叶、右后叶、尾状叶



注 肝裂是肝叶、肝段间的分界线。

三、肝的分段

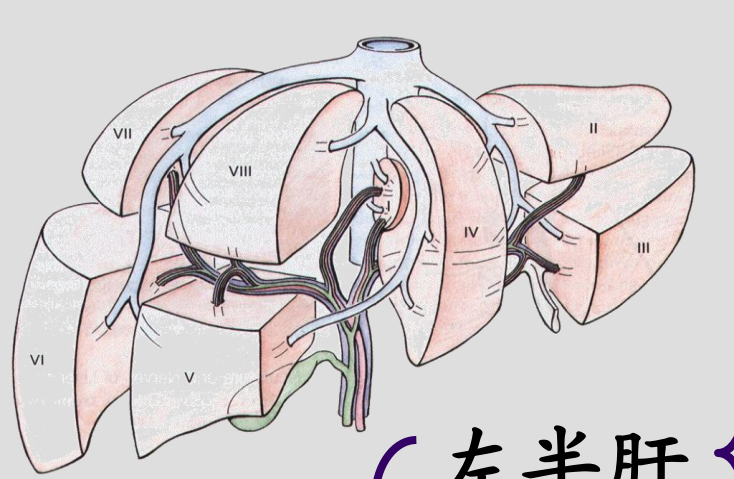
肝内存在四套管道，
形成两个系统。



肝静脉系统 走行于肝
段之间

门静脉系统 (Glisson系统) 由血管周围纤维囊 (Glisson囊)
包绕门静脉、肝动脉和肝管形成，三者
在肝内分支与分布基本一致。

Couinaud肝段 (1954年)



肝

左半肝

尾状叶 (段 I)

左外叶

左外上段 (段 II)

左外下段 (段 III)

左内叶 (段 IV)

右半肝

右前叶

右前下段 (段 V)

右前上段 (段 VIII)

右后叶

右后下段 (段 VI)

右后上段 (段 VII)

四、肝的韧带

镰状韧带

冠状韧带

三角韧带

肝圆韧带

右三角韧带

冠状韧带

左三角韧带

镰状韧带

肝圆韧带

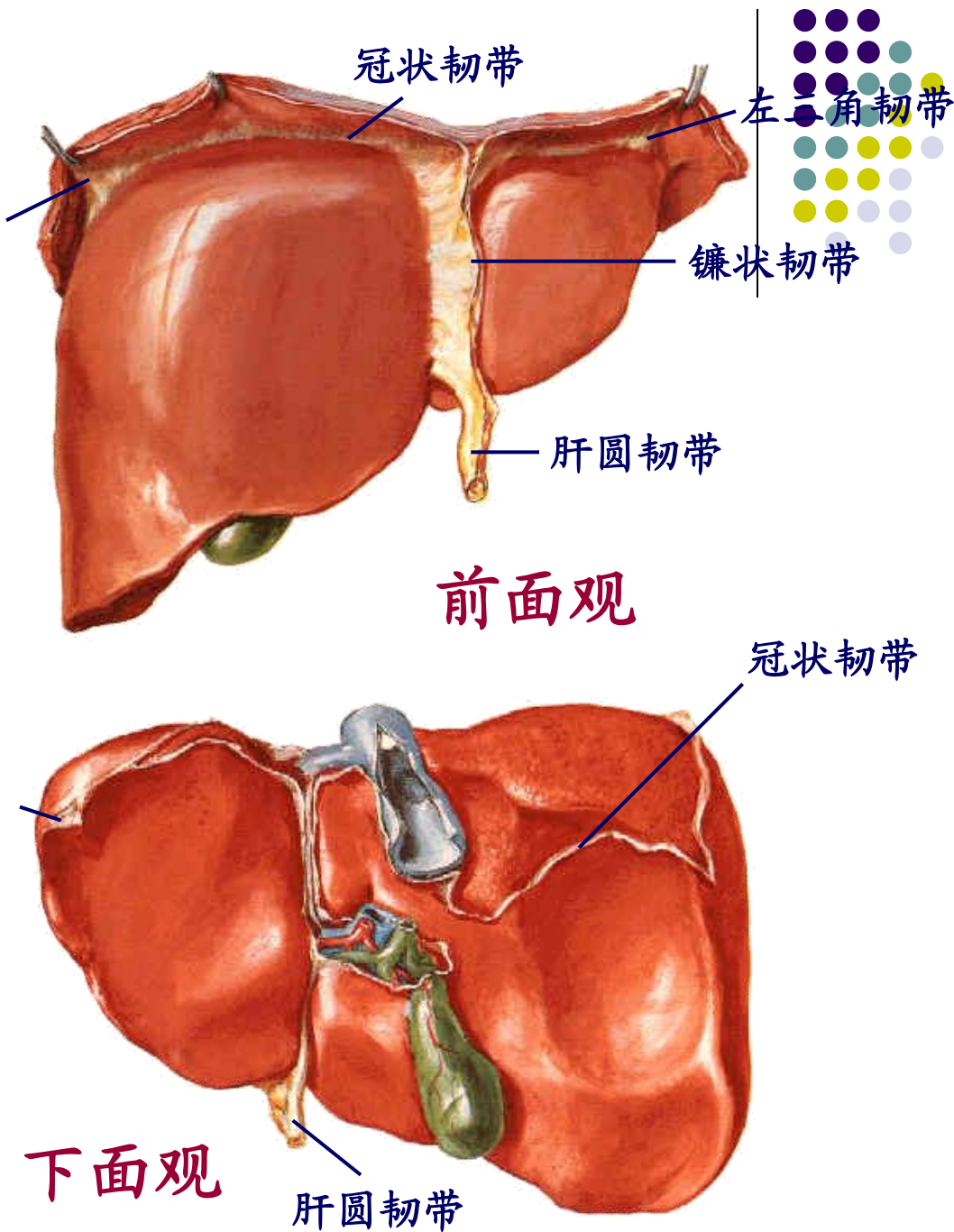
前面观

冠状韧带

左三角韧带

下面观

肝圆韧带

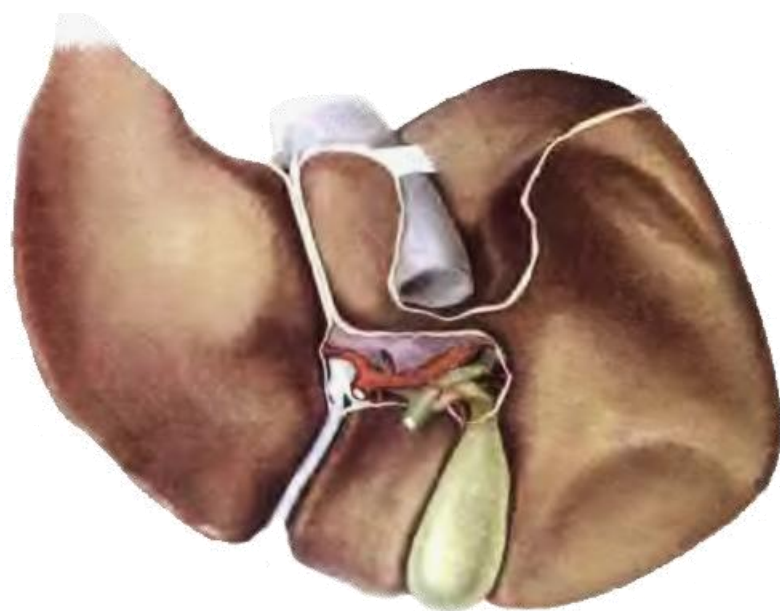
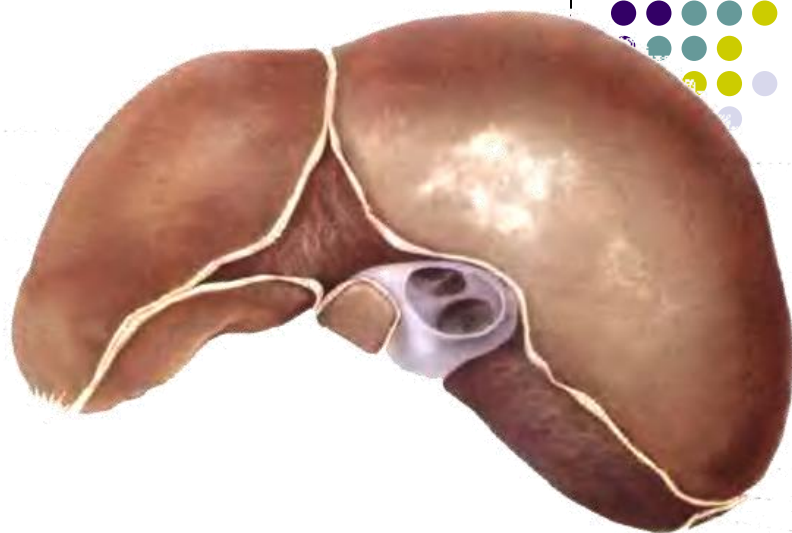


四、肝的被膜

肝的表面，有两层被膜

- 内层为纤维膜
- 外层为腹膜

在腹膜与肝实质之间，为一层结缔组织膜，称为肝纤维膜。此膜在肝门处包绕肝门静脉、肝动脉和肝管向肝内延伸构成血管周围纤维囊，又称Glisson囊。上述三种结构在肝内共同分支分布，组成Glisson系统。

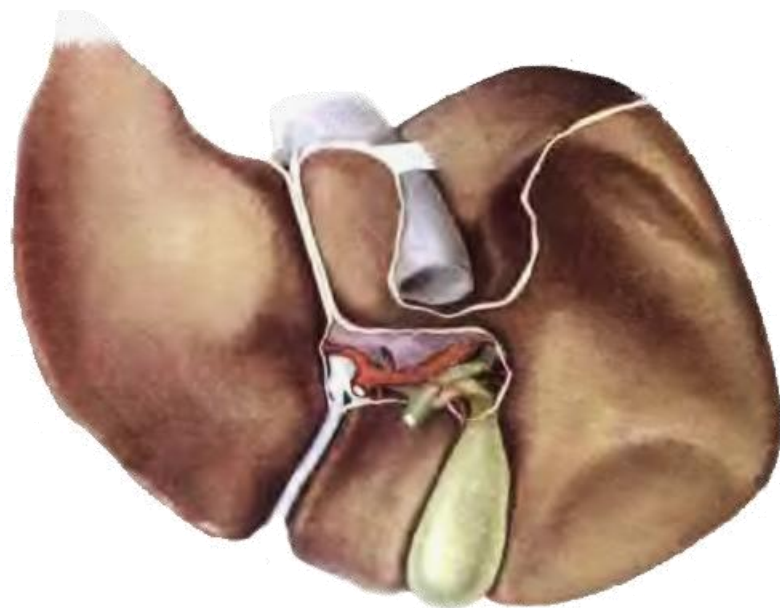
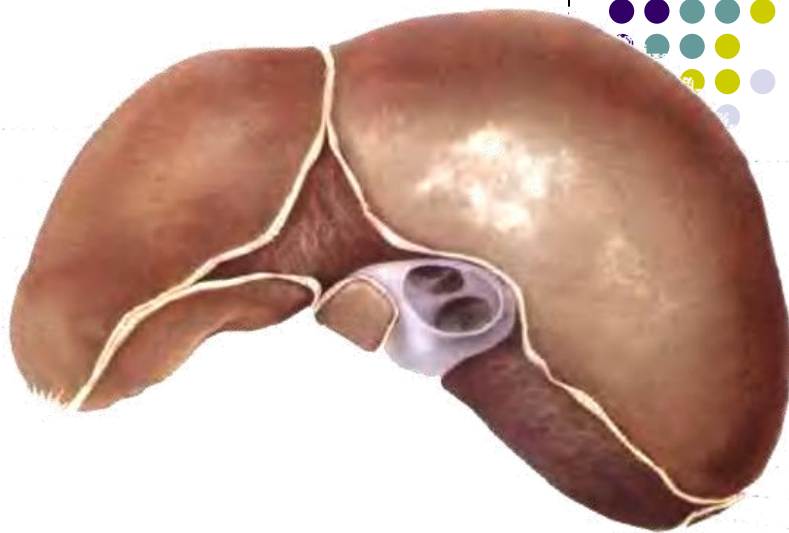


四、肝的被膜

肝的表面，有两层被膜

- 内层为纤维膜
- 外层为腹膜

肝除膈面后的裸区，脏面的胆囊窝、腔静脉沟及肝门等处之外，均被有腹膜。肝的腹膜与附近器官之间，形成韧带，以固定肝的位置。



五、肝门和肝蒂



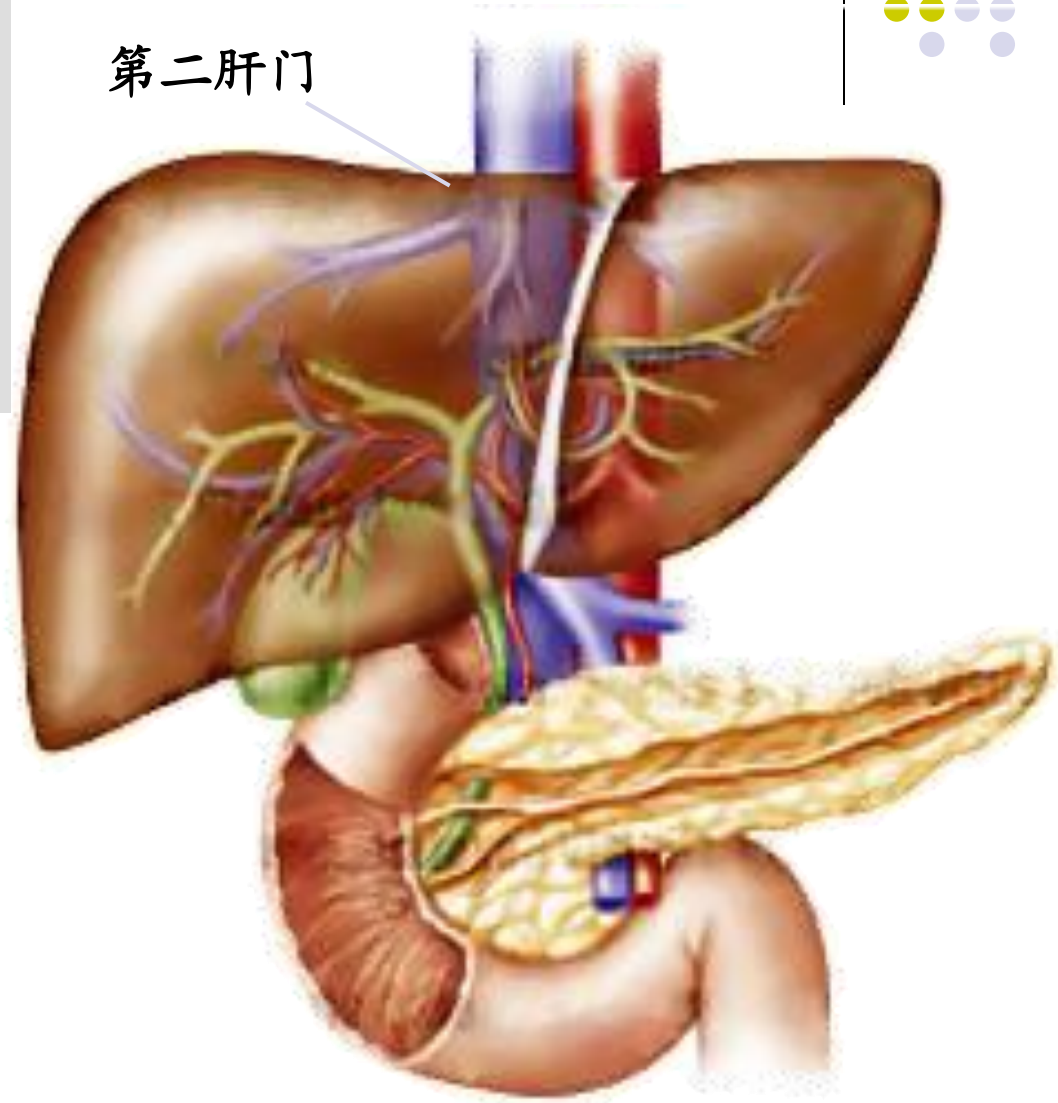
(一) **第一肝门** 门静脉、肝动脉和肝总管在肝的脏面横沟各自分出左、右干静入肝实质，称为第一肝门；

(二) **肝蒂** 门静脉、肝动脉、胆总管、淋巴管、淋巴结和神经，又称为肝蒂

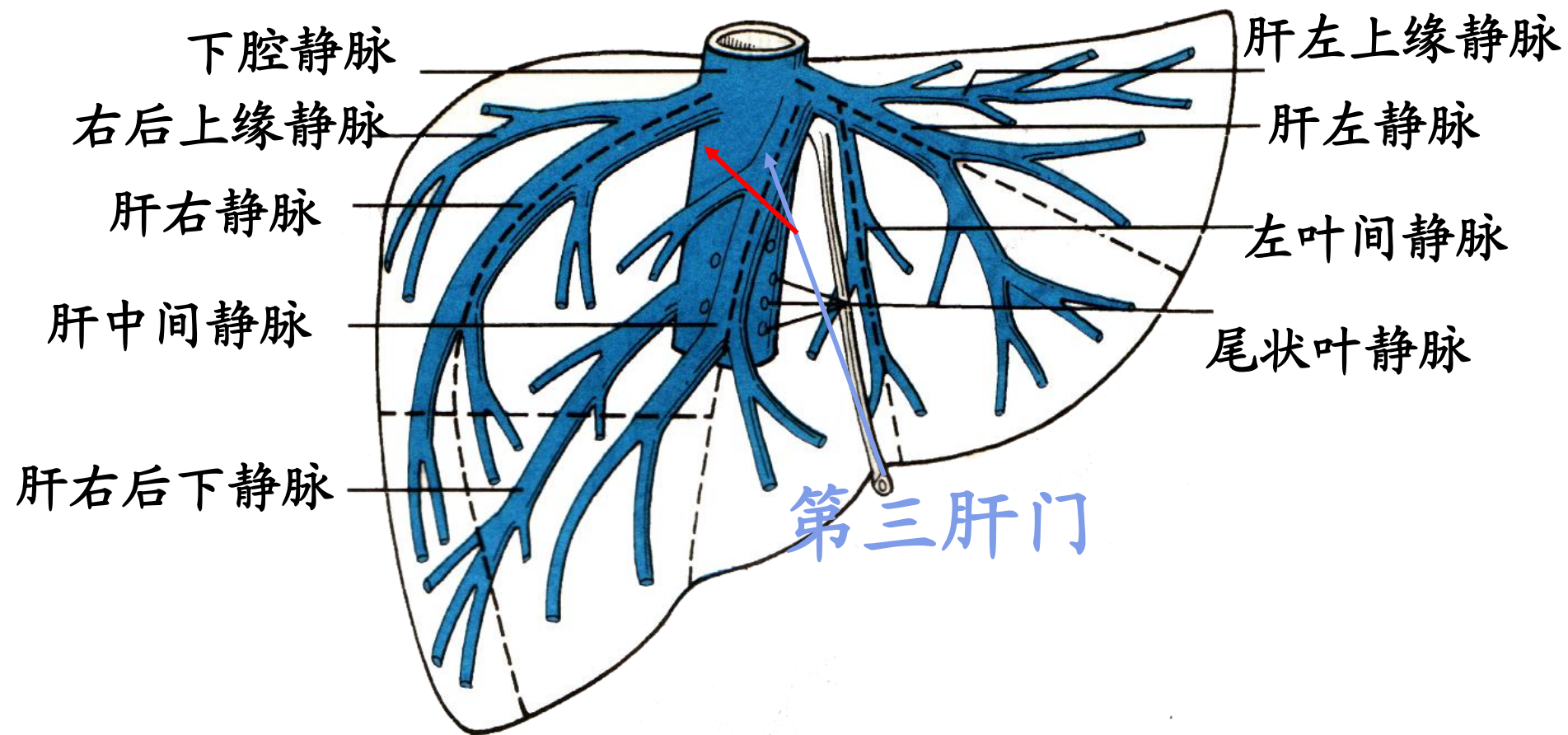




(三) **第二肝门** 右纵沟的后上端左、中、右3支肝静脉汇入下腔静脉处，是肝血流的流出道，又称为第二肝门

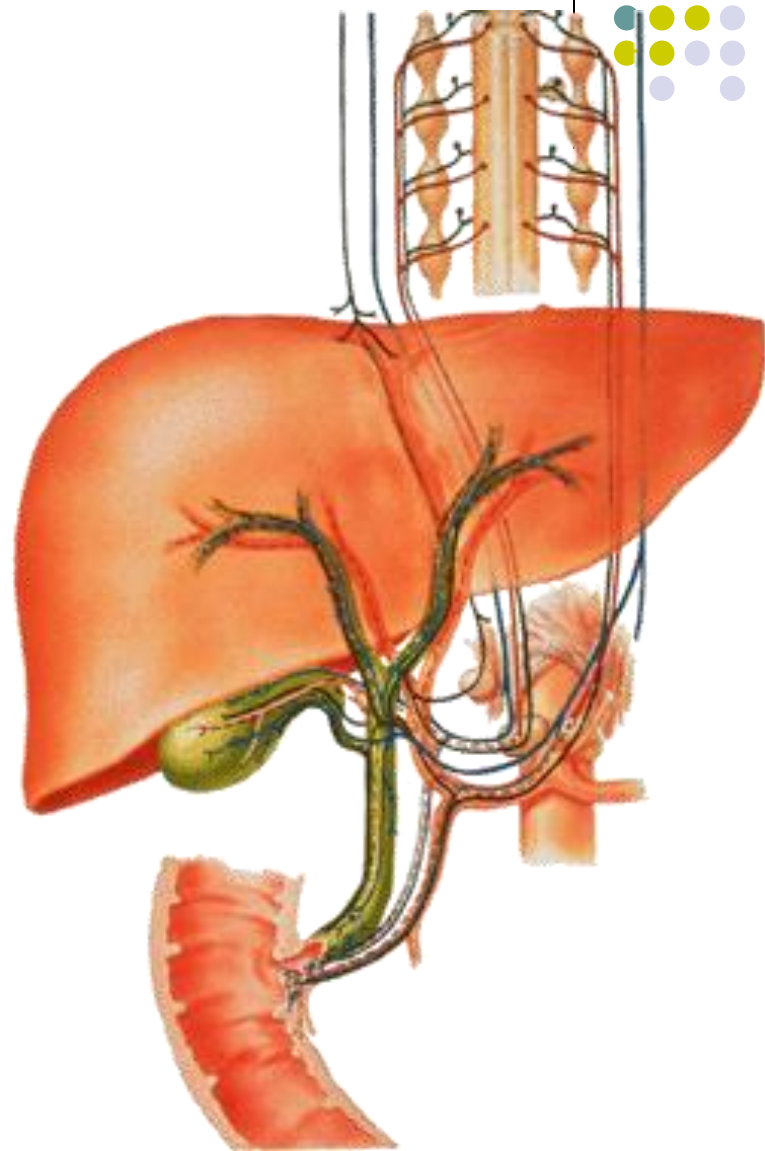


(四) **第三肝门** 小部分血液经数值4肝短静脉直接流入肝后方的下腔静脉,

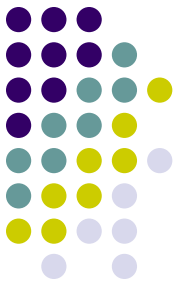


六、神经

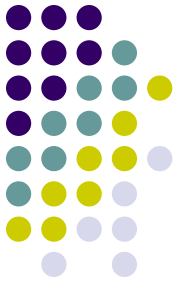
1. 副交感N 兴奋性N
2. 交感N 抑制性N
3. 内脏感觉N 沿交感N、迷走N、右膈N（与肝胆疾病的右肩部放射性疼痛有关）。



肝脏的生理功能



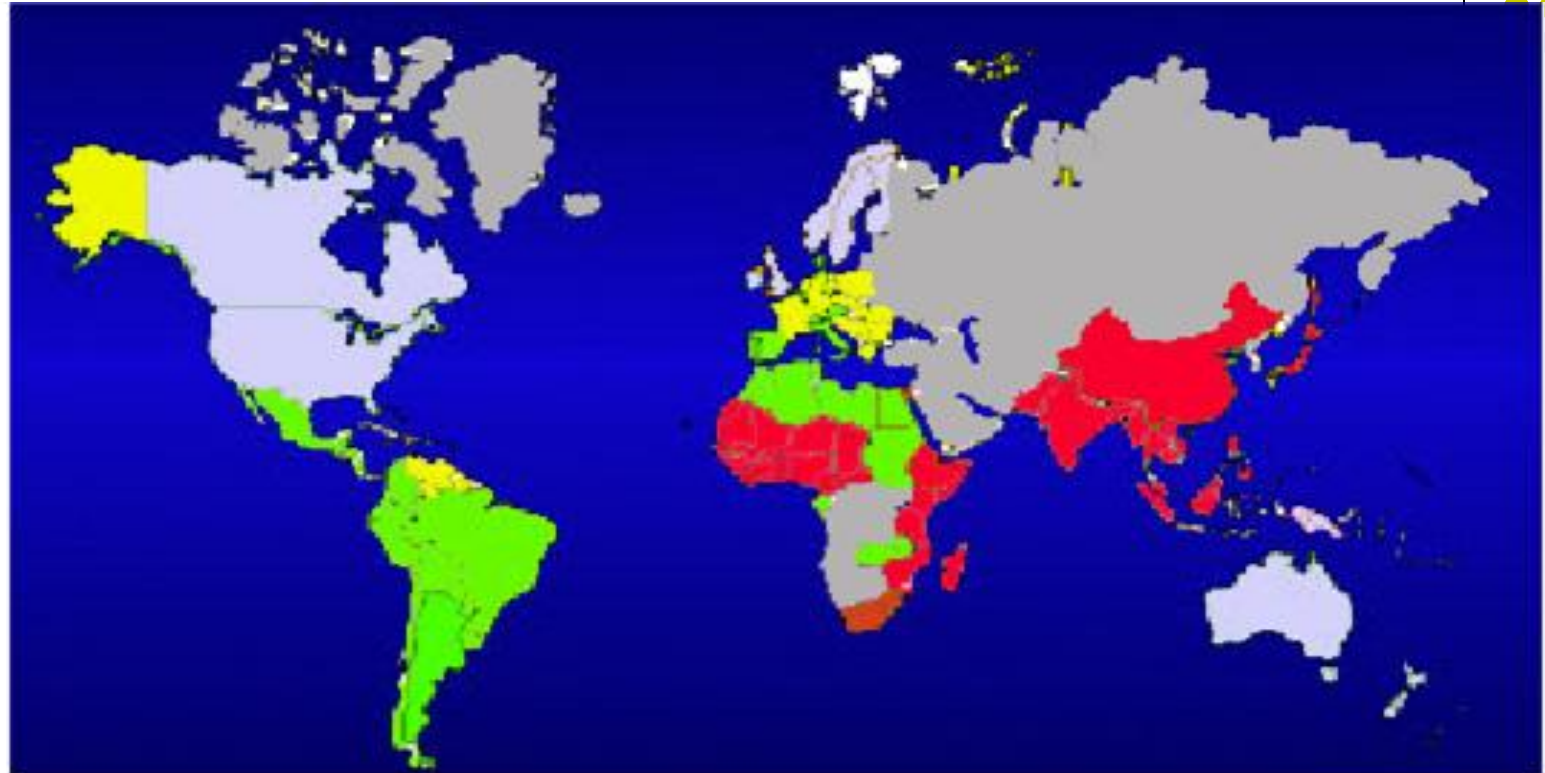
- 1、分泌胆汁 600-1000ml
- 2、代谢功能 糖、脂肪、蛋白质及脂溶性维生素
- 3、凝血功能
- 4、解毒功能
- 5、吞噬或免疫作用
- 6、生物转化功能
- 7、储备与再生功能



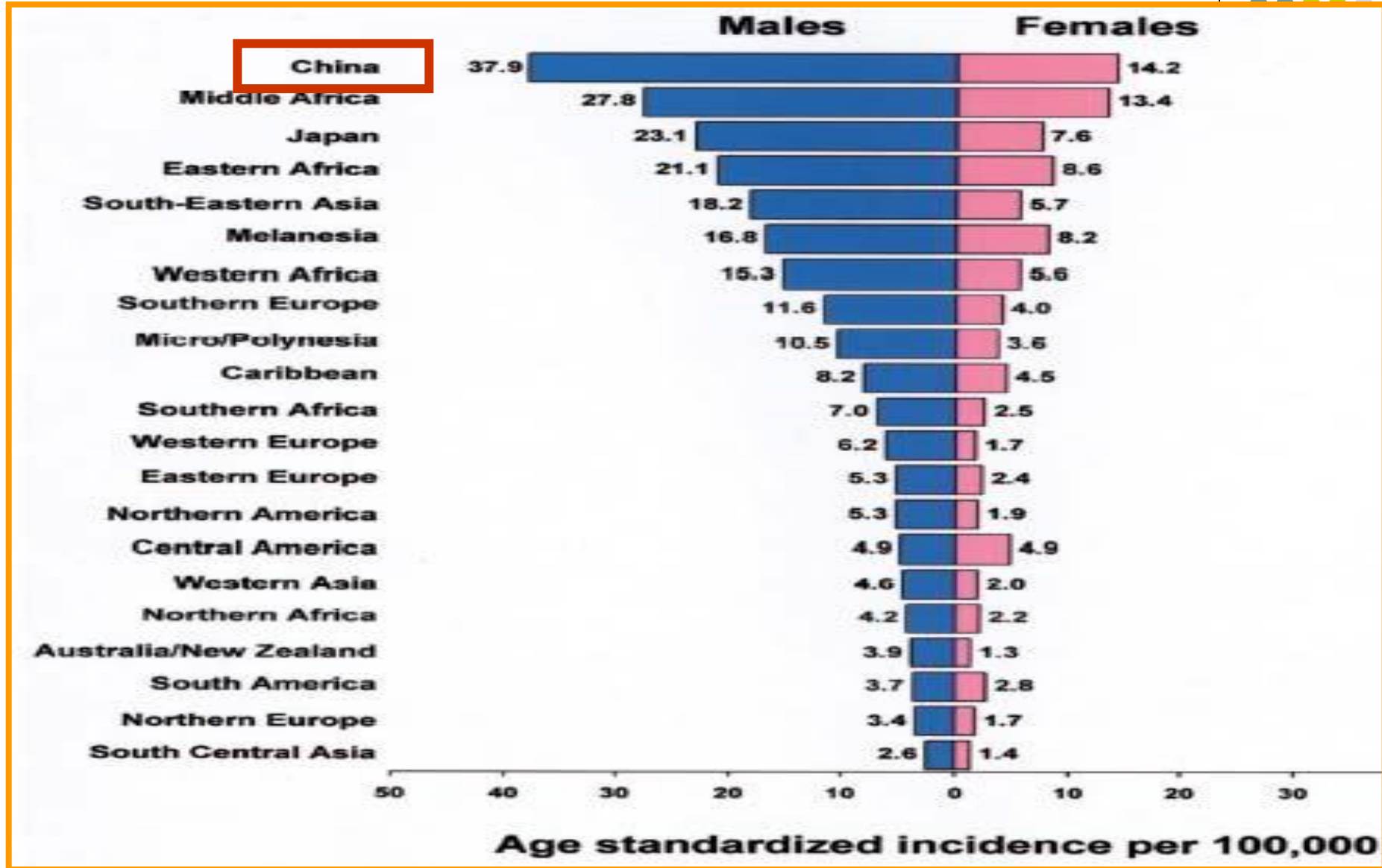
原发性肝癌

(primary carcinoma of the liver)

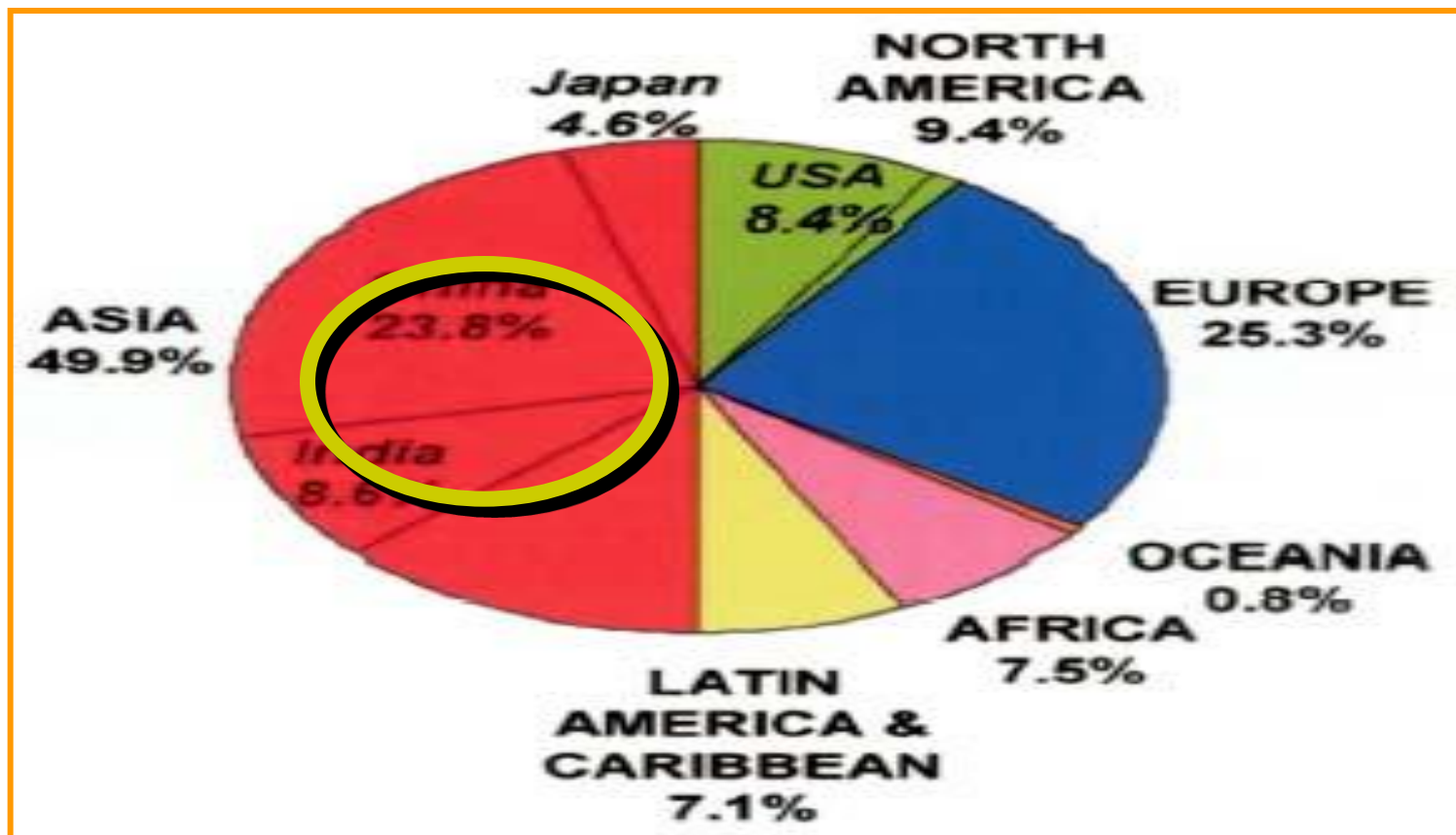
全球肝癌的发病率



肝癌年龄标化发病率 (我国第一)



2002年全球死于癌症670万



	1990	2002
全球死于癌症	520万	670万
肝癌死亡位次	第4位	第3位



一、病因（与以下因素有关）

1

肝硬化

2

病毒性肝炎

3

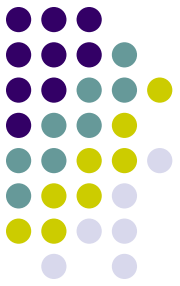
黄曲霉毒素

4

饮水污染

5

其它因素



二、病理生理

病理类型

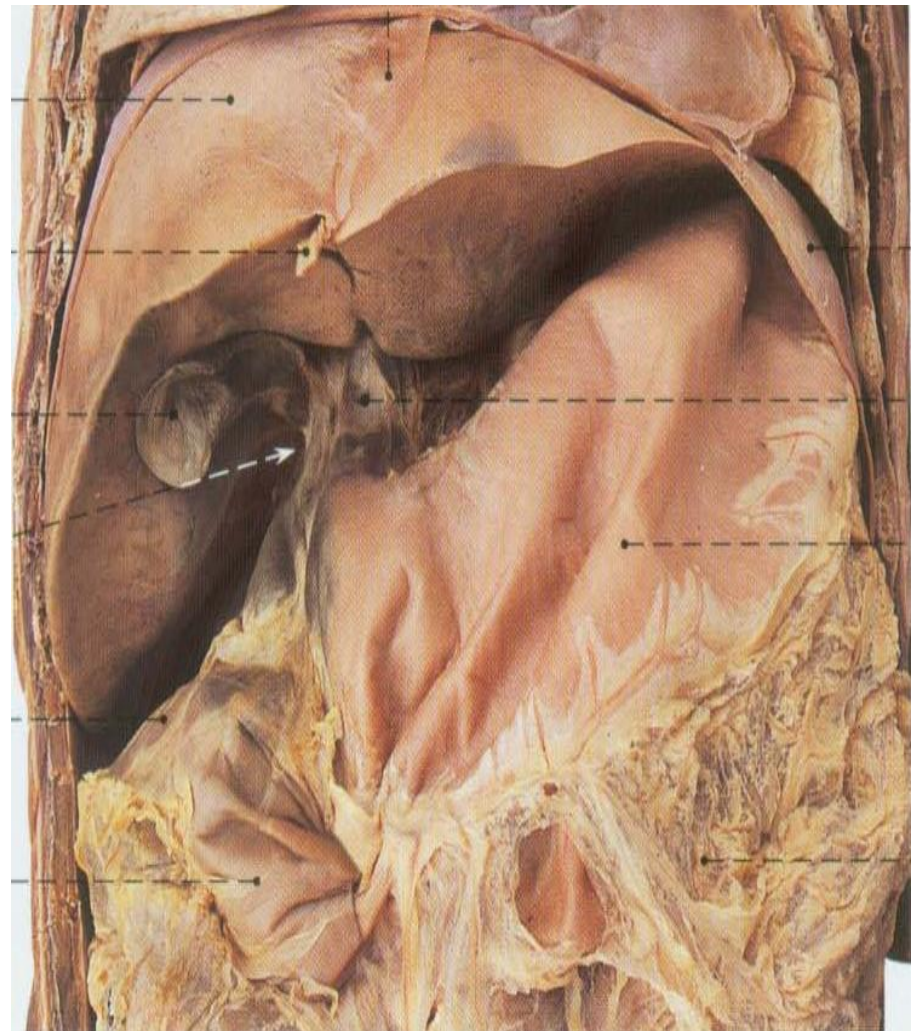
- 1、结节型
- 2、块状型
- 3、弥漫型
- 4、小肝癌型

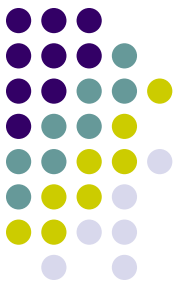
组织学类型

- 1、肝细胞癌 91.5%
(HCC)
- 2、肝内胆管细胞癌
(ICC)

转移途径

- 1、门静脉系统转移
- 2、直接蔓延
- 3、血运转移
- 4、淋巴转移
- 5、种植转移





三、临床表现

症状

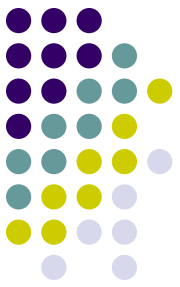
- 1、肝区疼痛 最常见和最主要
- 2、消化道症状
- 3、全身症状
- 4、伴癌综合症 即低血糖、红细胞增多症、高胆固醇血症及高钙血症

体征

- 1、肝大与肿块
- 2、黄疸和腹水
- 3、胸水

- 其他
- 1、肝外转移
 - 2、合并肝硬化

3、并发症 肝性脑病、上消化道出血、癌肿破裂出血、肝肾综合征及继发感染



四、诊断（三要素）

肝炎病史、甲胎蛋白阳性、肝占位性病变

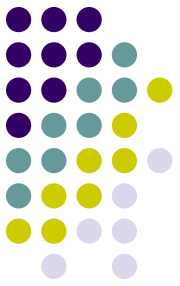
（一）依据临床表现

（二）B超声波...

（三）CT...

（四）免疫学及生化检查

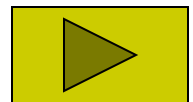
甲胎蛋白动态测定观察的意义，肝酶谱检查。



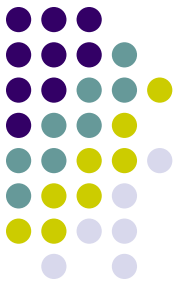
(五) X线检查 选择性腹腔动脉造影

(六) 肝穿刺活组织检查 ...

(七) 腹腔镜探查



肝癌的诊断



血清学检测

AFP 为目前诊断肝细胞癌特异性最高的方法之一，阳性率60~90%。对无肝癌其它证据，AFP对流免疫电泳法阳性或定量 $>500\text{ng/ml}$ 持续一个月以上，并能排除妊娠，活动性肝病，生殖腺胚胎性肿瘤等即可诊断为肝细胞癌。

其它 γ -谷氨酰转肽酶，硷性磷酸酶和乳酸脱氢酶，由于缺乏特异性，多作为辅助诊断。

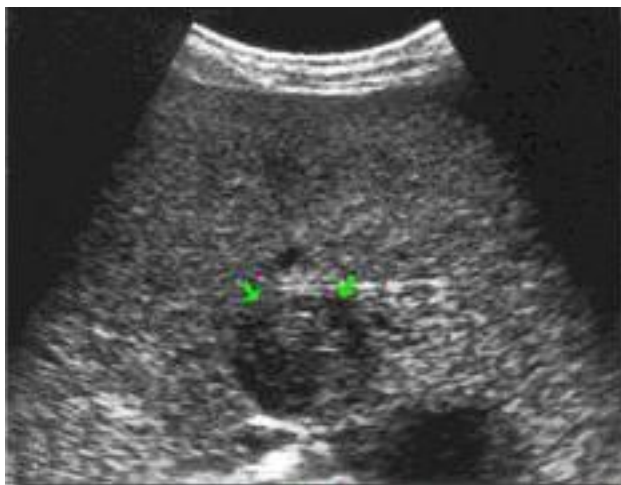


肝癌的诊断



影像学检查

B超 可显示肿瘤的大小，形态，所在部位以及肝静脉或门静脉内有无癌栓等，其诊断符合率可达84%，能发现直径2厘米或更小的病变，是目前较好有定位价值的非侵入性检查方法。

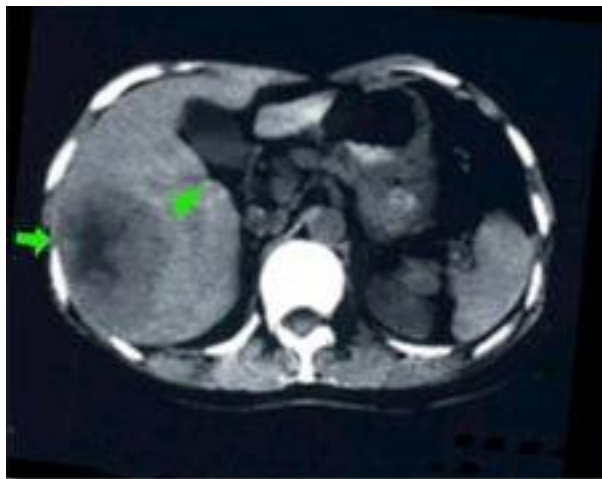


肝癌的诊断



影像学检查

CT 分辨率高，可检出直径约1厘米左右的早期肝癌，应用增强扫描有助与血管瘤鉴别。对于肝癌的诊断符合率高达90%。



肝癌的诊断



影像学检查

核磁共振成像 诊断价值与CT相仿，可获得横断面、冠状面和矢状面图象，对良、恶性肝占位病变，特别是与肝血管瘤的鉴别优于CT，且无需增强即可显示肝静脉和门静脉。

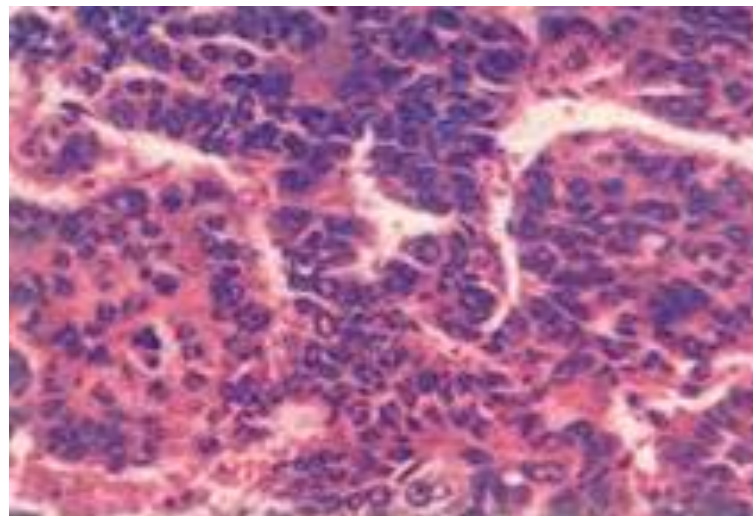


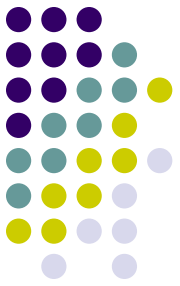
肝癌的诊断



肝活检

穿刺活检 肝穿刺行针吸细胞学检查有确定诊断意义，目前多采用在B型超声引导下细针穿刺，有助于提高阳性率，但有导致出血，肿瘤破裂和针道转移等危险。

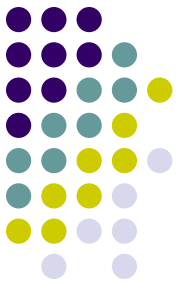




六、鉴别诊断

肝脏的良性肿瘤 肝海绵状血管瘤





肝癌的鉴别诊断

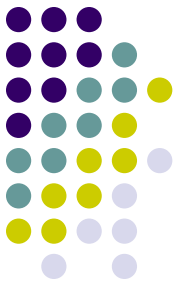
- **肝血管瘤** 无肝炎病史、CT可见典型的慢进慢出现象，AFP阴性
- **肝硬变** 鉴别困难，依靠AFP，活检及定期观察
- **继发性肝癌** 病情进展较缓慢，有原发病的改变，AFP阴性，典型的转移病灶为牛眼征改变
- **肝脓肿** 感染表现，AFP阴性，血象升高，抗感染治疗有效。
- **肝包虫病** 牧区生活史或牛羊狗接触史，Cassoni实验阳性，CT可见子囊，边界清楚
- **肝脏邻近器官肿瘤** AFP，必要时行剖腹探查



肝癌外科治疗的历史与发展

- 20世纪50年代肝癌的规则性切除
- 60年代肝移植开始应用于肝癌治疗
- 70年代小肝癌的局部切除
- 80年代复发肝癌再切除和肝癌二期切除
- 90年代以来以手术为主的综合治疗和肝癌转移复发的防治

手术切除是获得长期生存的首选治疗方法



肝癌治疗方法选择的考虑

- 肿瘤的大小、部位
- 肝功能状态，肝储备功能、肝硬化程度等
- 治疗方法对肝功能的需求与影响
- 全身情况与伴发病



手术切除的原则

根治性

安全性

外科医生的判断



肝癌的外科治疗

1

肝切除术

2

手术探查不能切除肝癌的手术

3

根治性手术后复发的肝癌

4

肝移植





腹腔镜半肝切除术



肝癌的非手术治疗

1

局部消融治疗

2

TACE

3

放射治疗

4

生物治疗

5

中医中药治疗

6

系统治疗（分子靶向治疗、系统化疗）





不能切除肝癌的降期(缩小)后切除

- 综合治疗 > 单一治疗
- 新疗法有助提高肿瘤缩小的效果

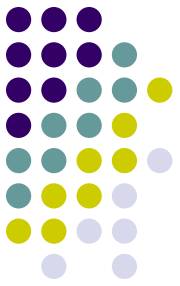
放射免疫疗法
/ 放射治疗

肝动脉栓塞化疗 顺铂等

免疫治疗 干扰素等

三联 > 两联 > 单独

$$1 + 1 + 1 > 3$$



肝动脉栓塞化疗 非手术治疗的首选

- 肝动脉栓塞化疗是一种介入治疗，经股动脉达肝动脉作超选择性肝动脉插管，经导管注入栓塞剂和抗癌药物。
- 常用栓塞剂 碘油和吸收性明海胶



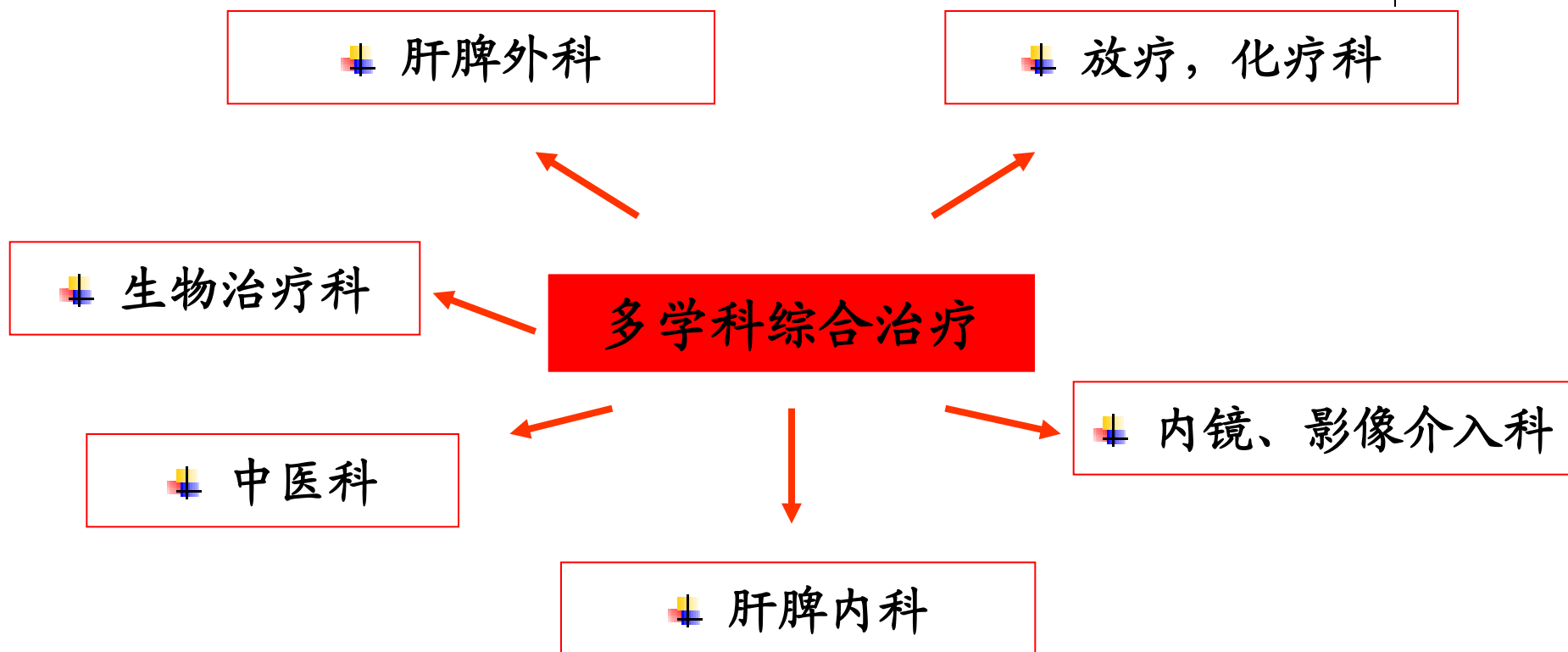


肝癌有效治疗方式生存率比较

治疗方式	5年生存率
肝切除术	49%
肝动脉碘油栓塞化疗	23%
无水酒精注射	20%
射频消融术	33%
肝移植术	70%

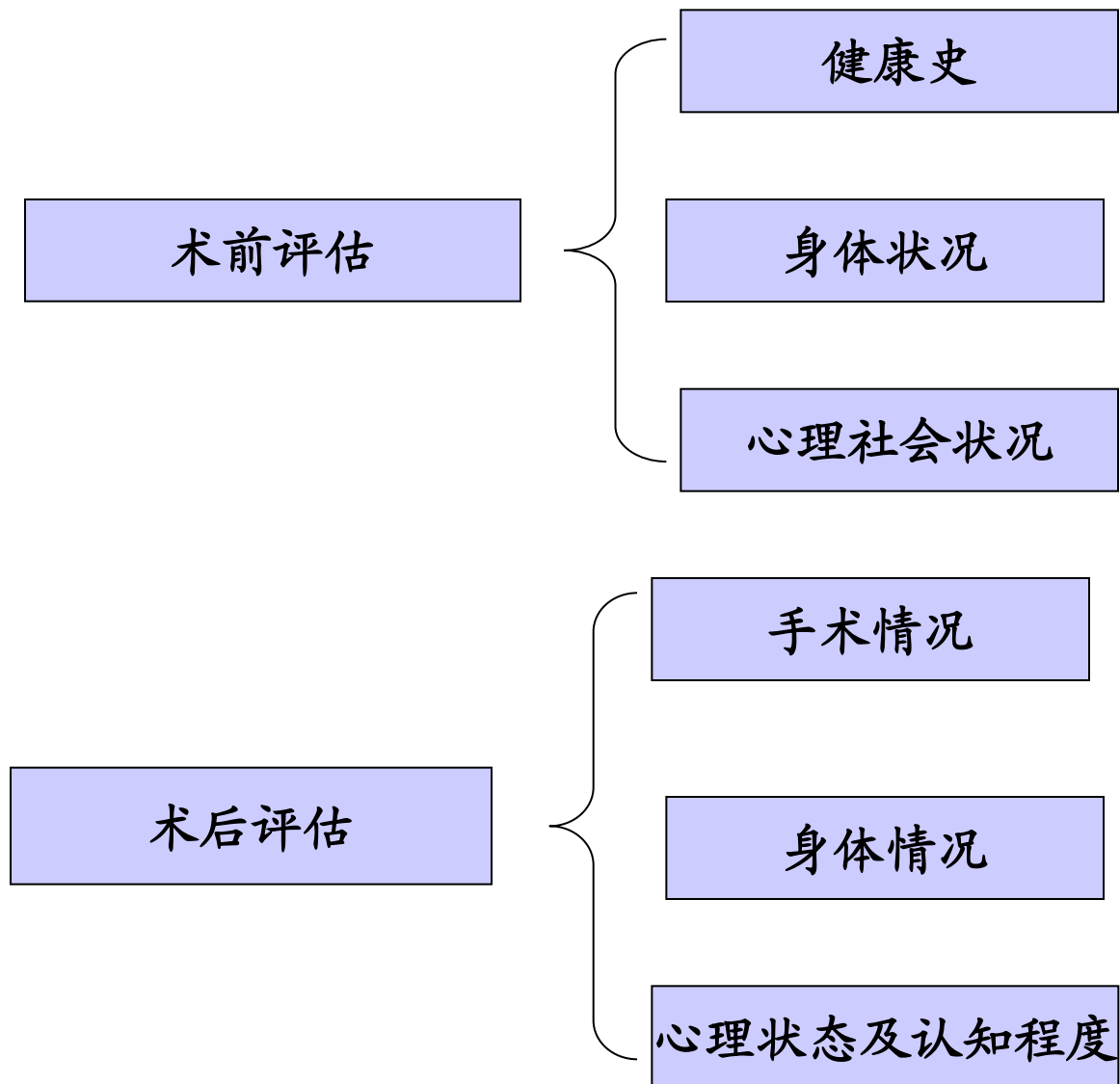
注：四川华西医院的一项统计

肝癌多学科综合治疗模式



注 江苏省苏北人民医院成立了肝胆脾胰中心，使学科融合像纵深方向发展

护理评估

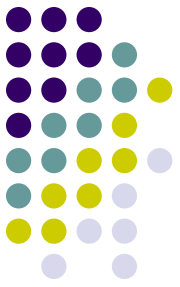


护理问题



- 预感性悲哀 与担心手术效果、疾病预后和生存期限有关
- 急性疼痛 与癌肿浸润及手术等有关
- 营养失调：低于机体需要量 与厌食、胃肠道功能紊乱、放疗和化疗所致胃肠道反应及恶病质有关
- 潜在并发症 出血、肝昏迷、膈下积液及脓肿、肺部感染

护理目标



- 1、病人愿意表达悲伤，能正确面对疾病、手术及预后，并积极参与到治疗和护理的决策
- 2、病人主诉疼痛减轻或缓解
- 3、病人能主动进食营养均衡的食物或接受营养支持治疗
- 4、未出现并发症，或并发症能被及时发现和处理
- 5、病人主诉不适程度减轻或感觉舒适



- 1、心理护理
- 2、疼痛护理
- 3、改善营养
- 4、护肝疗法
- 5、维持体液平衡
- 6、预防出血
- 7、术前准备

- 1、一般护理
- 2、引流管护理
- 3、并发症护理

- 1、介入前护理
- 2、介入后护理

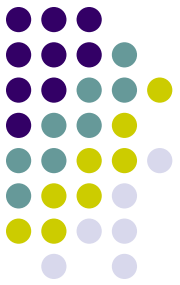
术前

术后

介入

护理措施

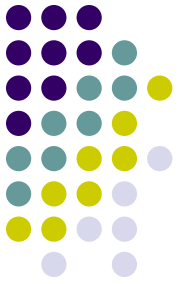




预防出血

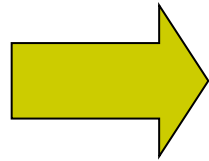
- 1、改善凝血功能
- 2、告诫病人避免出血的诱因
- 3、应用H₂受体阻断剂
- 4、腹部体征的观察





护理措施

术后并发症



出血

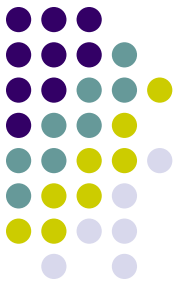
胆瘘

膈下积液及脓肿

术后并发症的护理

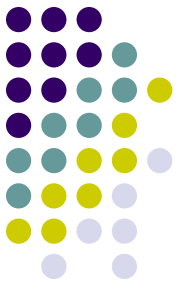


- 1、出血——术后24-48小时内
- 原因 术中止血不彻底、创面渗血未完全控制、结扎线脱落、凝血功能障碍
- 病情观察 肝周引流管正常引出鲜红色血性液体100-300ml，若大于400ml/日或大于100ml/小时，即提示出血
- 护理措施
 - (1) 严密观察病情
 - (2) 体位与活动 半卧位；卧床休息1-2日
 - (3) 引流液观察
 - (4) 纠正低蛋白血症
 - (5) 短期内或持续引流较大量血性液体，需再次手术止血



术后并发症的护理

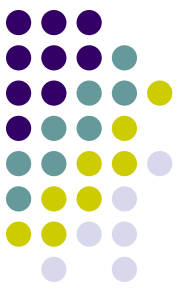
- 2、膈下积液及脓肿--多发生于术后1周左右
- 原因 常继发于腹腔感染、
- 护理措施
 - (1) 严密观察体温变化
 - (2) 保持引流通畅
 - (3) 加强营养支持
 - (4) 应用抗菌药物
 - (5) 已形成膈下脓肿，需B超引导下穿刺抽脓或置管引流



术后并发症的护理

- 3、胆汁漏--多发生在术后3-7天
- 原因 胆管损伤、肝断面小胆管渗漏或胆管结扎线脱落
- 护理措施
 - (1) 保持引流通畅;
 - (2) 局部积液时, 尽早B超定位穿刺置管引流;
 - (3) 若已发生胆汁性腹膜炎, 需尽早手术;
 - (4) 遵医嘱对症处理;

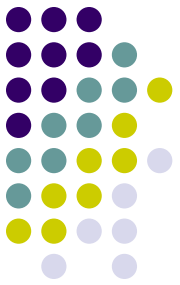




介入治疗后的护理

- 1、预防出血 卧床24-48小时
穿刺侧肢体制动6小时，穿刺处砂袋压迫
拔管后局部压迫15min，卧床24小时
 - 2、导管护理 妥善固定和维护、遵守无菌原则
 - 3、栓塞后综合征——发热、肝区疼痛、恶心、呕吐、心悸、WBC下降
- 护理
- (1) 控制发热
 - (2) 镇痛
 - (3) 对症处理
 - (4) 其他 指导多饮水，减轻对肾脏的毒副作用





护理评价

- 1、能否正确对待疾病、手术及预后
- 2、疼痛有无减轻或缓解
- 3、营养状况是否改善，体重得以维持或增加
- 4、神志清醒、生命体征、循环容量及尿量是否正常
- 5、舒适受损改善，休息得到保证

健康教育



- 1、注意防治肝炎，不吃霉变食物
- 2、坚持治疗，定期随访
- 3、注意营养
- 4、注意休息
- 5、保持大便通畅
- 6、精神支持



肝病病人饮食指导

肝脏是人体内消化系统中的一个重要器官，对蛋白质、碳水化合物、脂肪、维生素和无机盐等起着重要作用。当肝脏发生疾病时，饮食上注意：

高蛋白质量饮食

每日供给蛋白质100-120克，将有利于肝细胞的修复，减少腹水的产生，促进凝血因子合成，提高机体免疫力等。有腹水者，应高蛋白饮食。但当有血氨升高时，应控制蛋白饮食。

脂肪

每天供给40-50克。适量脂肪有利于脂溶性纤维素的吸收及供给充足的必要脂肪酸。胆汁性肝硬化者则应低脂肪（每日40克以下）及低胆固醇（每日少于300克以下）饮食。

碳水化合物

每日供给300-450克。补充机体足够的能量，可减轻肝脏对脂肪及蛋白质的代谢。另肝脏有充分的糖原储备，可防止毒素对细胞的损害。



纤维素

宜供给丰富的多种纤维素，以保护肝脏功能，促进物质代谢，提高凝血机制等。如B族维生素，维生素C、A、D、E、叶酸等。

锌的供给

肝硬化患者血清水平降低，尿锌排出增多，肝中含锌量降低，故需注意锌的供给。宜多吃选瘦肉、牛肉、羊肉等含锌高的食物。

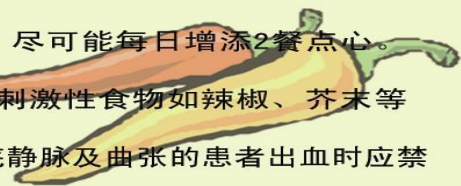
钠的供给

凡合并有腹水及水肿的患者，应限制食盐，每日供给量不超过2克。

少量多餐

除三餐主食外，尽可能每日增添2餐点心。忌食油炸事物及刺激性食物如辣椒、芥末等

凡是食道、胃底静脉及曲张的患者出血时应禁食，平时宜进少纤维软食。





谢谢!





肝脓肿



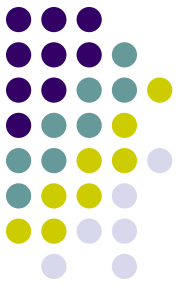
一、细菌性肝脓肿



细菌性肝脓肿 指化脓性细菌引起的肝内化脓性感染，
男性多发

致病菌 金黄色葡萄球菌和大肠埃希菌

发病原因 肝由肝动脉和门静脉双重血供
通过胆道与肠道相通



细菌入侵肝途径

- ①胆道系统 最主要途径和最常见病因 左外叶
- ②肝动脉 右肝
- ③门静脉
- ④淋巴系统
- ⑤直接入侵 肝脏开放性损伤
- ⑥隐匿性感染



临床表现

症状

1. 寒战和高热 最常见



2. 肝区疼痛

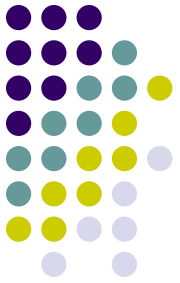


3. 消化道症状



4. 全身症状





临床表现

体征

1. 肝区压痛



2. 肝大伴触痛



3. 肝区叩击痛



4. 右下胸部叩击痛



并发症



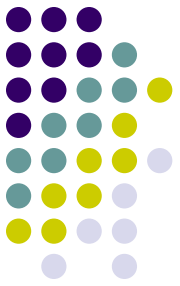
急性化脓性腹膜炎

膈下脓肿

脓胸

上消化道大出血

化脓性心包炎



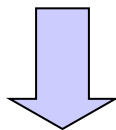
辅助检查

- 1、实验室检查 血象 WBC大于 $20 \times 10^9 /$ ，中性粒细胞
90%，核左移，中毒颗粒
生化 血清转氨酶升高
- 2、影像学检查 X线
B超 首选
- 3、诊断性肝穿刺 确诊

四、处理原则——处理原发病、防治并发症

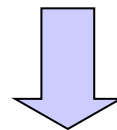


非手术治疗

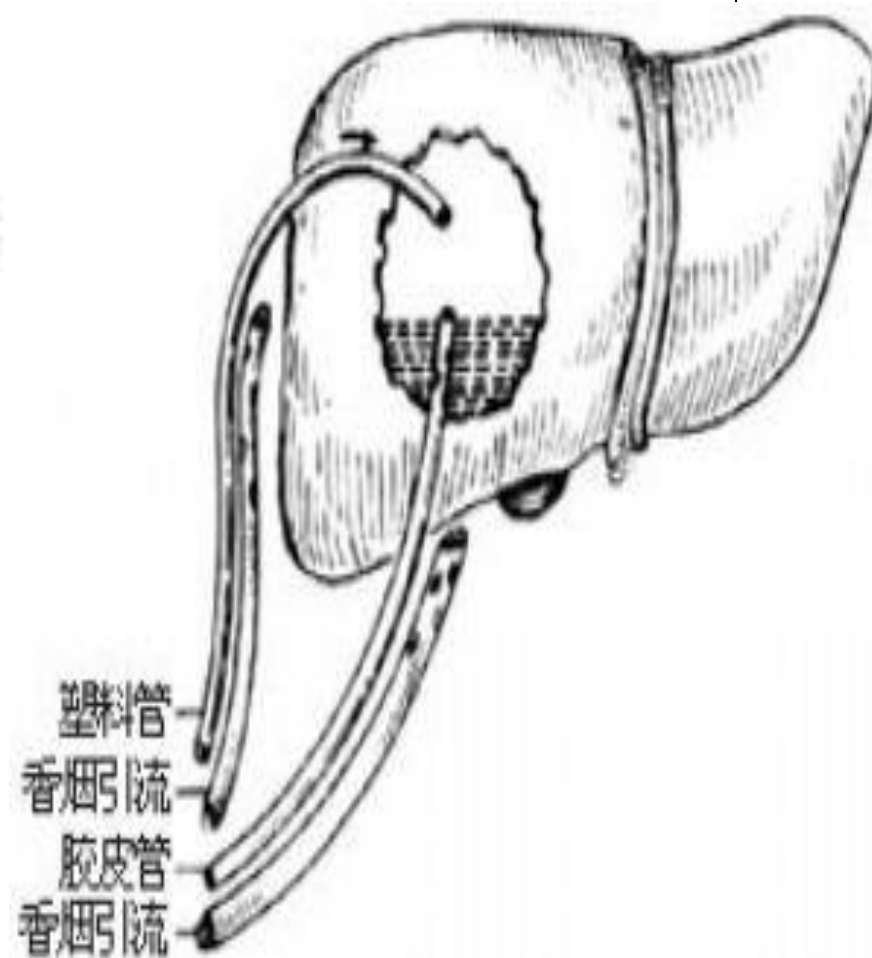
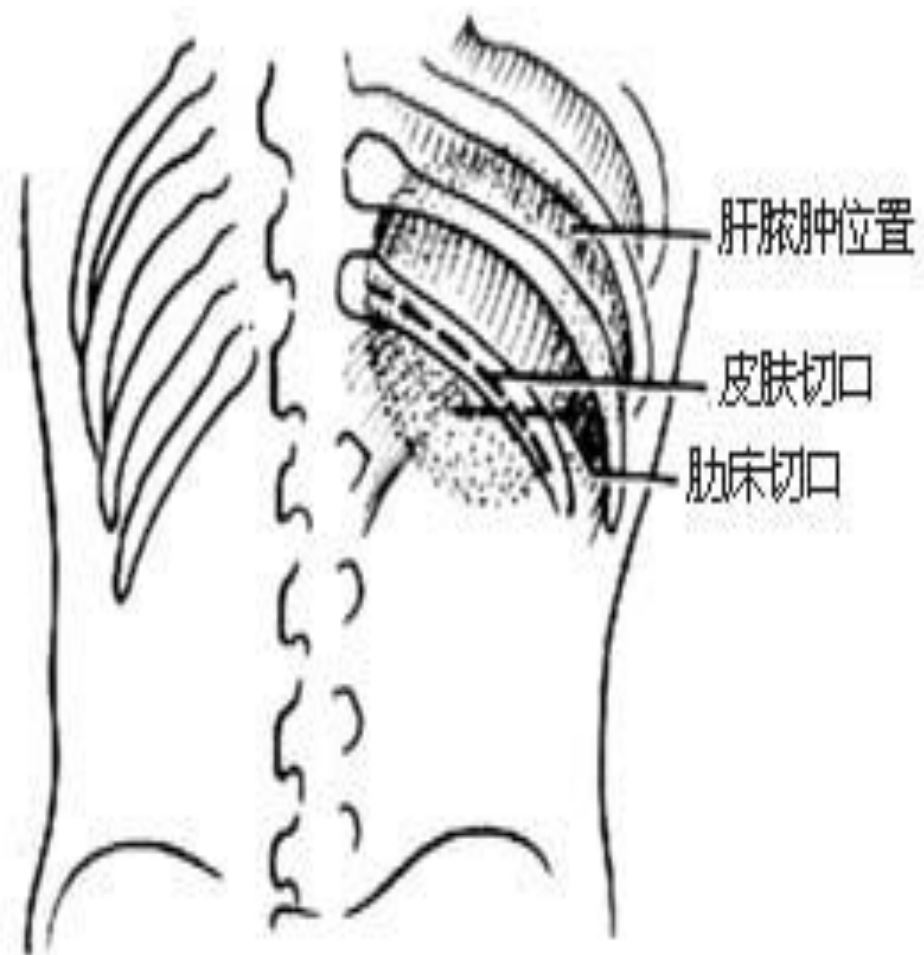


- 1、全身支持治疗
- 2、大剂量、联合应用
 抗生素
- 3、积极处理原发病灶
- 4、经皮肝穿刺引流术

手术治疗



- 1、肝脓肿切开引流术
- 2、肝叶切除术



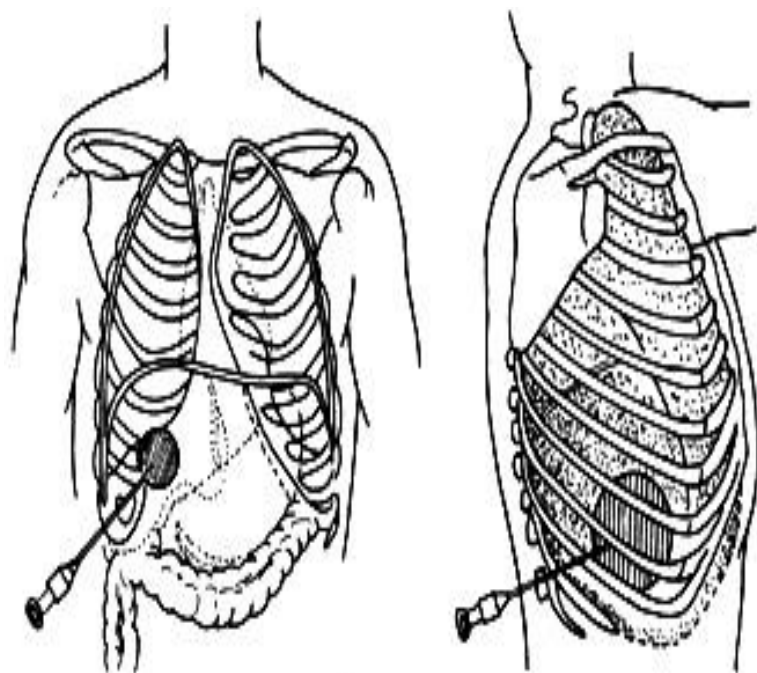


图1 B超引导下经皮穿刺抽脓

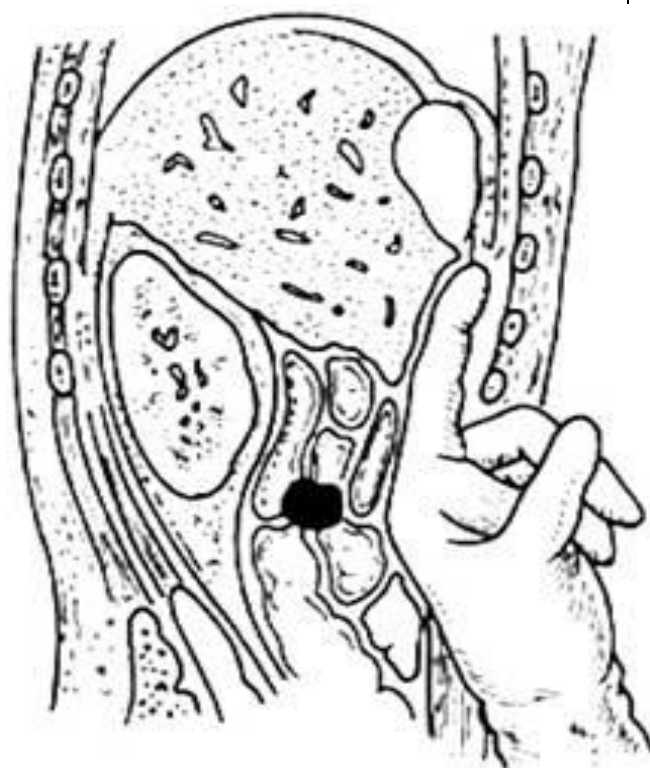
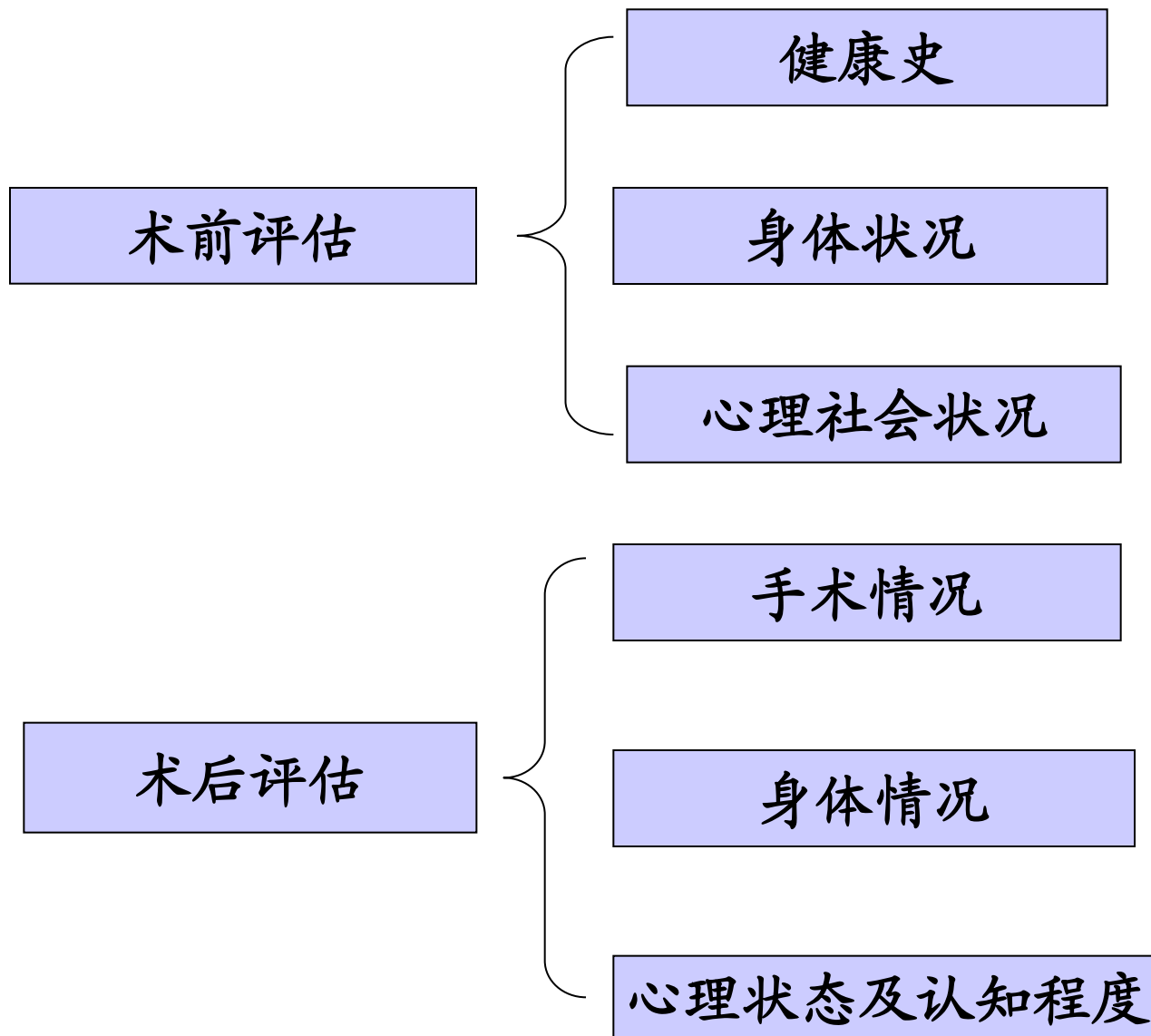
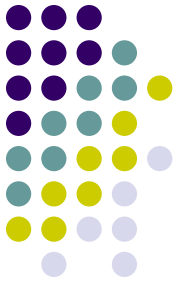


图2 腹膜外脓肿切开引流术

护理评估

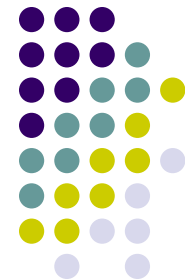


护理问题

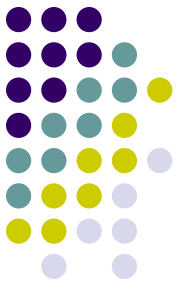


- 1、体温过高 与感染有关
- 2、疼痛 与肝包膜张力增加有关
- 3、潜在并发症 腹膜炎、膈下脓肿、胸腔感染、休克

护理目标



- 1、体温逐渐恢复正常
- 2、疼痛减轻或缓解
- 3、细菌性肝脓肿病人未继发其它部位的细菌性感染



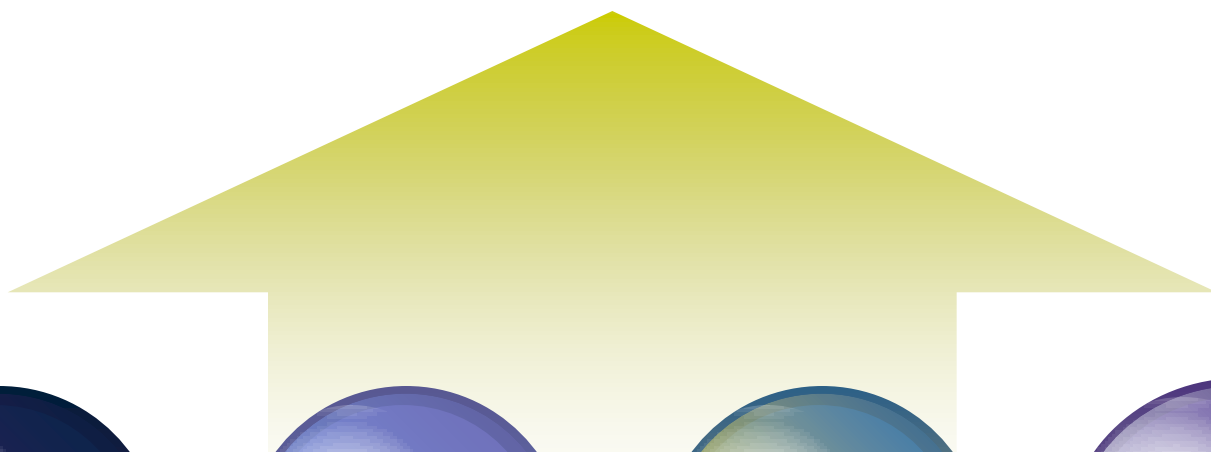
术前护理

- 1、病情观察 生命体征和腹部体征
- 2、营养支持 高蛋白、高热量、富含维生素和纤维素
- 3、高热护理...
- 4、疼痛护理
- 5、经皮肝穿刺抽脓或置管引流的护理...





高热护理





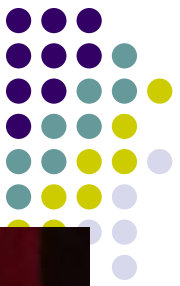
经皮肝穿刺抽脓或置管引流的护理

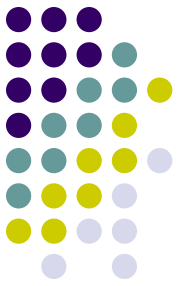
穿刺后护理

- 1、监测生命体征和腹部体征
- 2、注意有无呼吸、胸痛
- 3、观察发热、肝区痛是否改善
- 4、适时复查B超

引流管护理

- 1、妥善固定
- 2、取半卧位
- 3、冲洗脓腔 出入量
- 4、防止感染
- 5、拔管 逐步退管





术后护理

- 1、观察有无胆汁漏、腹腔创面渗血
- 2、观察有无膈肌损伤或误入胸腔
- 3、脓腔冲洗 术后1周

护理评价



- 1、体温是否恢复正常
- 2、疼痛有无减轻或缓解
- 3、细菌性肝脓肿病人有无继发其它部位的感染

健康教育



1

进食高热量、
高蛋白、富含
维生素和纤维
素食物，多饮
水

饮食指导

2

遵医嘱服药，
不可擅自停药
或更改剂量

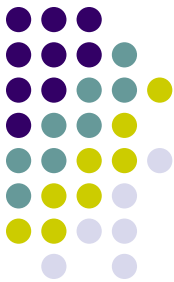
用药指导

3

定时门诊复诊，
出现发热、肝
区疼痛及时就
诊

定时复诊

二、阿米巴性肝脓肿



阿米巴性肝脓肿 肠道阿米巴最常见的并发症

致病菌 阿米巴原虫

病因与病理 阿米巴原虫经肠壁小静脉经门静脉、
淋巴管或直接侵入肝内。

阿米巴性肝脓肿 单发性、容积大、
好发于肝右叶，顶部多见。



细菌性肝脓肿与阿米巴性肝脓肿的鉴别

	细菌性肝脓肿	阿米巴性肝脓肿
病 史	继发于胆道感染或其他化脓性疾病	继发于阿米巴痢疾
症 状	起病急，寒战高热，全身脓毒症	起病慢，病程长，不规则发热，盗汗
血液化验	白细胞及中性粒细胞明显增加，血培养阳性	白细胞增加，血培养阴性，阿米巴抗体阳性
粪便检查	无特殊表现	可找到阿米巴滋养体
脓液	黄白色，涂片和培养可发现细菌	棕褐色，无臭，镜检可找到阿米巴滋养体
诊断性治疗	抗阿米巴药物治疗无效	抗阿米巴药物治疗有效
脓肿	小，常为多发性	较大，单发，多见于肝右叶

习题

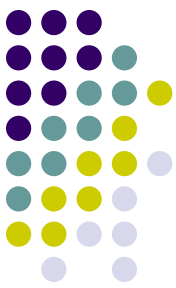


案例分析

1、女性，42岁，因右上腹痛伴寒战、高热10日入院，原有胆石症病史。查体：急性病容，巩膜轻度黄染，口唇干燥，右上腹压痛，肝大，肝区叩击痛明显。实验室检查：白细胞数 $20 \times 10^9 / L$ ，中性粒细胞占90%。B超示胆总管结石，左肝脓肿，内见5cm * 4cm大小液平面。

请问：

- (1) 该病人可能的诊断是什么？
- (2) 应采取何种护理措施？
- (3) 该病人存在哪些主要护理问题？
- (4) 应采取哪些护理措施促进病人康复？



2、女性，36岁，有慢性肝炎史10年，肝区隐痛伴消瘦、乏力2月。查体：巩膜轻度黄染，腹平软，移动性浊音（±）。辅助检查：CT检查发现左右肝内多个占位，大的8 * 10cm，肝硬化，脾大。拟诊为：①原发性肝癌；②肝炎后肝硬化失代偿期，脾大伴脾功能亢进。准备行肝动脉栓塞化疗，但入院第2日突发剧烈右上腹痛，并扩散至下腹部，伴腹胀、面色苍白、血压88 / 56mmHg。

请问：

- （1）该病人最可能发生了什么并发症？应如何预防和护理
- （2）病人经过保守治疗，腹痛缓解，血压恢复正常，但又出现神志不清，应如何护理？



细心

Xi xin

感同身受

每位患者细微的心理

细致入微

关注每位患者的一点一滴

给予我们

无微不至的关怀和体贴

因为专业

我们理应做到尽善尽美